

اضطراب العناد المتحدي

(أسبابه وتشخيصه وعلاجه)

Oppositional Defiant Disorder

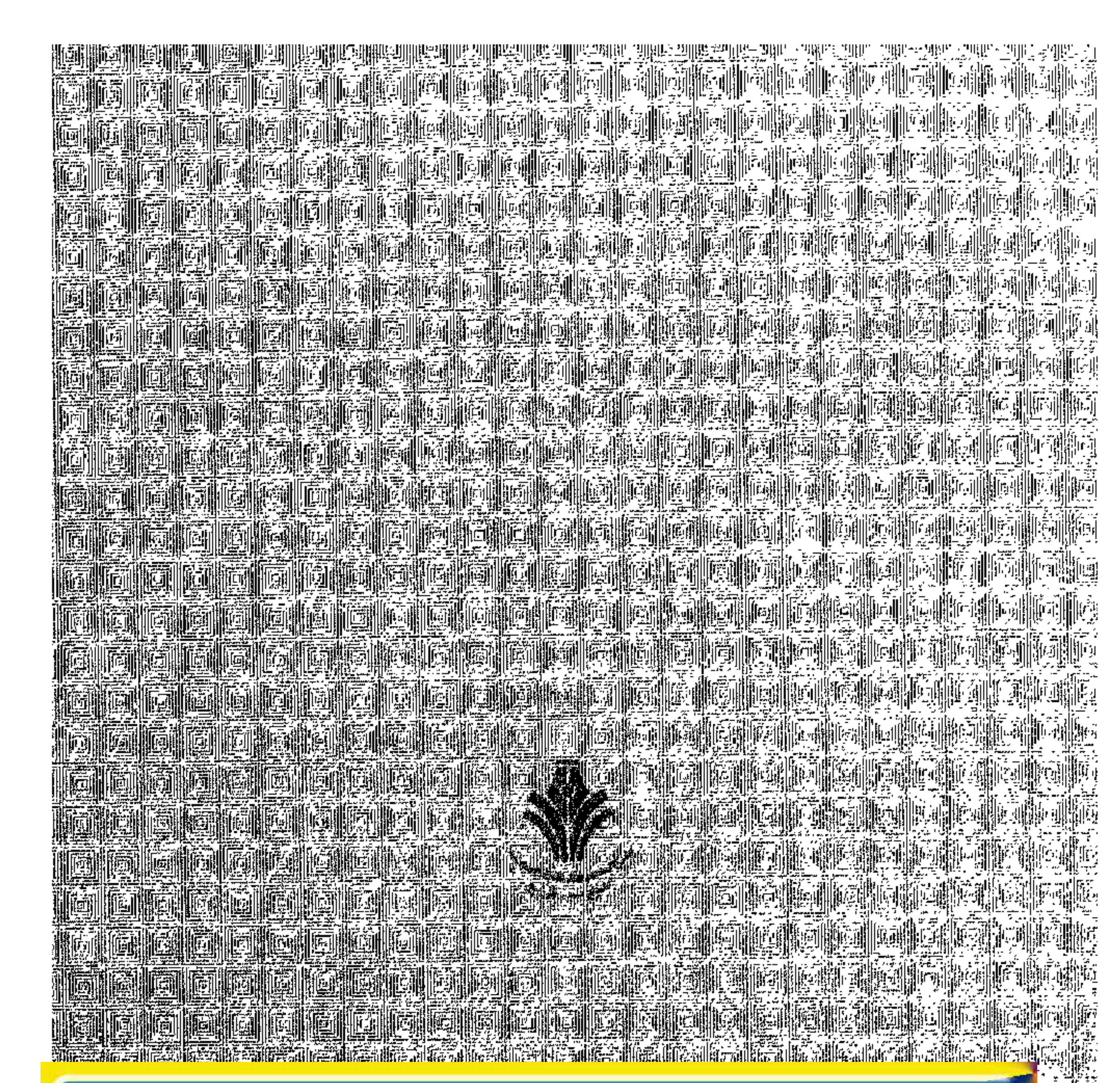
إعداد
أميرة حسنين محمود حسنين
باحثة بمرحلة الماجستير - كلية الخدمة الاجتماعية
جامعة أسوان (تخصص خدمة جماعة)





أهم جروبات علي تليجرام
باحثون
هنا سور الازبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية


تليجرام : هنا سور الازبكية
أكبر مكتبة رقمية




أهم جروبات على تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية



اضطراب العناد المتحدي

(أسبابه وتشخيصه وعلاجه)


أهم جروبات على تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية

اضطراب العناد المتحدي

Oppositional Defiant Disorder

(أسبابه و تشخيصه وعلاجه)

إعـــداد

أميرة حسنين محمود حسنين

باحثة بمرحلة الماجستير- كلية الخدمة الاجتماعية

جامعة أسوان (تخصص خدمة جماعة)

2014





كتاب

اضطراب العناد المتحدي (أسبابه وتشخيصه وعلاجه)

تأليف الدكتورة/ أميرة حسنين محمود حسنين

308 صفحة

23711/2013

978-977-273-850-2



الإدارة: ٣٦ ش سوتير - الأزريطة - أمام كلية الحقوق
جامعة الإسكندرية - جمهورية مصر العربية

تليفون: 163 70 48 00203 فاكس: 454 30 48 00203

محمول: 913 1666 0122 002

الفرع: ٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبي - الإسكندرية

Email: darelmaarefa@gmail.com
d_maarefa@yahoo.com
Web site: www.darelmaarefa.com



﴿ قُلْ بِفَضْلِ اللَّهِ وَبِرَحْمَتِهِ فَبِذَلِكَ فَلْيَفْرَحُوا هُوَ خَيْرٌ مِمَّا يَجْمَعُونَ ﴾

صدق الله العظيم

(سورة يونس ، الآية ، ٥٧)



أهم جروبات علي تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية

إهداء

إلي والدي رحمه الله...

إلي زوجي العزيز ...


أهم جروبات على تليجرام
باحثون
هنا سور الأزبكية
غواص في بحر الكتب
قناة مصر الثقافية و الفنية

مقدمة الكتاب

الحمد الله الذي تدوم بحمده النعم، حمداً يليق بجلال وجهه و عظيم سلطانه، فله الحمد وله الشكر علي ما امدني به من عون و توفيق علي إتمام هذا الكتاب و الصلاة والسلام علي من قال فيه ربه " وانك لعلي خلقاً عظيم " (سورة القلم ، اية ٤).

اما بعد

لا شك ان الاطفال هم قوة الاوطان، وثروتها وقادتها، و هم صانعي المستقبل، ودرعها الواقي الذي يسمو بها الي غداً افضل، كما ان مرحلة الطفولة من اهم المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان[١] ، لما تمثله هذه المرحلة في تشكيل و بناء شخصية الطفل، ومدي تأثيرها علي كافة المراحل العمرية التي تمر بها الشخصية الانسانية[٢] ، حيث يكتسب خلالها الطفل الخبرات التي تؤدى إلى تكوين قيمة واتجاهاته الأساسية وأنماط سلوكه وعاداته التي تصاحبه طوال مراحل حياته التالية ، ويكون فيها قابلاً للتوجيه و التشكيل و التدريب علي اكتساب و تنمية العادات و القيم و المعايير و المهارات الاجتماعية المرغوبة[٣].

كما تنمو فيها ميوله وتكتشف فيها قدراته ومهاراته، ويتحدد خلالها مسار نمو الطفل الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي والوجداني[٤]. كما تعد هذه المرحلة من اكثر المراحل التي يتعرض فيها الطفل لكثير من المشكلات[٥]. لذا يحتاج الطفل فيها الي الحماية و الرعاية، والي حقوق خاصة مادية و نفسية تتوافر له، لكي ينمو نمواً سليماً خالياً نسبياً من الاضطرابات و المشكلات السلوكية[٦] . لهذا يعد الإهتمام بالطفل إهتماماً بمستقبل امه كلها[٧]، و يقاس مدي تقدم المجتمعات ورقيها بمدي اهتمامها بالأطفال والعناية بهم ودراسة مشكلاتهم والعمل علي حلها[٨] .

وهو من أعظم الواجبات و أخطرها، و من أهم السبل للنهضة بالمجتمع الإنساني[٩] .

كما تعد مرحلة المدرسة الابتدائية – كمرحلة تعليمية — من أهم المراحل

التي تتوقف عليها التوجهات الأساسية لعملية التنمية الشاملة للأطفال، ففي هذه المرحلة يكتسب الطفل الكثير من المعارف و المهارات و الخبرات و العادات السلوكية و الاتجاهات اللازمة لنموه و تكوينه كانسان[١٠] ، وتحدث فيها العديد من التغيرات الجسمانية و العقلية و النفسية والاجتماعية و التي تؤثر بصورة فعالة و بالغة علي حياة الطفل. وترجع اهمية هذه المرحلة الي ما يحدث فيها من تغيرات تبقي ولا تزول، كما ان اثر هذه التغيرات هو ما يحدد الكثير من اتجاهات التلميذ فيما بعد[١١]. ويمثل تلاميذ هذه المرحلة احد القطاعات الهامة في المجتمع إذا ما احسن توجيهها، فهي الدعامة لإعداد جيل المستقبل [١٢].

إلا أن هذه المرحلة لا تخلو من المشكلات و الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تؤثر سلبياً بشكل مباشر أو غير مباشر علي جوانب حياة الطفل الشخصية و الاجتماعية و الاكاديمية [١٣]، والتي تعوق النمو الطبيعي لمختلف جوانب شخصيته ، لذلك تطلق " منظمة الصحة العالمية "علي المشكلات و الاضطرابات السلوكية للطفل مصطلح " امراض الطفل الغير سعيد "[١٤] ، لذلك اهتمت العديد من الدراسات بمواجهة المشكلات التي تواجه هذه المرحلة لتخفيف من حدة تلك المشكلات التي تحدث خلالها [١٥]، كما اشارت العديد من الدراسات الي ان مشاكل البالغين من قلق واضطرابات سلوكية و غيرها من مشكلات العنف و التمرد والسلوك العدواني و جناح الاحداث تبرز بذورها في السنوات الاولي من العمر، وان سوء العلاقات الاولية المبكر مسؤول عن تلك المشكلات و عن كثير من الشخصيات السيكوباتية التي لم تنشأ لديهم اي طبيعة إنسانية[١٦] .

ومن الاضطرابات التي يكثر ظهورها بين أطفال المرحلة الابتدائية و تعوق اكتسابهم للأساليب السلوكية[١٧] ، التي تمكنهم من التوافق مع الأخرين و إكسابهم للمقررات الدراسية اضطراب العناد المتحدي (ODD)، Oppositional Defiant Disorder. [١٨]

الذى أوضحه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual 4th ed. (DSM- IV-TR) تحت

فئة السلوك الفوضوي الذى قد يظهر في مرحلة الطفولة لدى الأطفال[١٩] و تتصف مظاهر هذا الاضطراب لدى الاطفال بثورات الغضب و فقدان الأعصاب ورفض تعليمات الكبار و إزعاج الكبار دون سبب محدد و الحقد و الكراهية و لوم الآخرين على ما يقع فيه من أخطاء وما يصدر عنه من سلوك[٢٠]. بالإضافة إلي صعوبات في التفاعل الاجتماعي واللغة والإخفاق الأكاديمي وضعف التحصيل الدراسي[٢١].

وقد ذكر الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية و العقلية الرابع المعدل ان معدل انتشار اضطراب العناد المتحدي ما بين ٢٪ الي ١٦٪، و يعتمد ذلك علي طبيعة العينة و طريقة التحقق[٢٢] .

و ينتشر اضطراب العناد المتحدي في البيئة العربية كما اوضح زكريا الشربيني (١٩٩٤) بين الاطفال في المدرسة بنسب تتراوح بين ١٥٪ إلي ٢٢٪[٢٣].

كما انه يسبب مشكلات للطفل مع أفراد الأسرة والأصدقاء والرفاق والتحصيل الأكاديمي في المدرسة ، كذلك فإن سلوكيات هؤلاء الأطفال عادة ما تكون غير ملائمة و غير متقبلة من الوالدين و المعلمين و يكون الطفل بذلك معوقاً اجتماعيا[٢٤]، كما تتسبب الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب في العديد من المشكلات كانخفاض التحصيل الدراسي، و كراهية الدراسة، الإحباط و عدم القدرة على التقدم في برامج التعليم، وهو ما يؤثر سلبياً على نمو الطفل في كثير من المجالات وليس فقط في مجال الإنجاز الأكاديمي[٢٥].

وبناءاً علي ما سبق ؛ يكون لدى هؤلاء الاطفال اختلالاً في مجالات مثل السلوك في المدرسة ، والقدرة على اكتساب الأصدقاء والحفاظ عليهم ، والقدرة على التعامل مع الأقارب والآباء في محيط الآسرة ؛ والقدرة على التعامل مع الأشخاص الراشدين خارج محيط المنزل مثل المعلمين والجيران والمدربين الرياضيين وغيرهم ، والقدرة على مواجهة الصعوبات المرتبطة بأنشطة وقت الفراغ ، وهو ما يعني أن اضطراباتهم السلوكية تتداخل مع قدرتهم علي فعل الأشياء التي يفعلها اطفال من نفس مرحلتهم النمائية، مثل الالعاب الرياضية او الاشتراك في أنديه بعد فترة المدرسة .

لهذا يعد الأطفال ذو اضطراب العناد المتحدي بمثابة تحد خطير للآباء ، حيث يقترف هؤلاء الأطفال السلوكيات التي يكون لها تأثير سلبي على الأفراد في بيئتهم (مثل: الآباء، والأقران، والمدرسين .... إلخ)، مما يتسبب في كثير من الأحيان إلى إستخدام أساليب من قبل الوالدين و المعلمين تضر أكثر مما تنفع[٢٦]

وكما أن أضرار اضطراب العناد المتحدي تمتد لتشمل الطفل والأسرة والمدرسة ...إلخ، فأن أسبابه متنوعه ما بين الطفل والأسرة بما فيها من أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية وظروف التنشئة الاجتماعية الصعبة ، والمدرسة بما فيها من سلوكيات خاطئة للمعلم قد تدعم وتعزز الاضطراب[٢٧].

و قد ينتج في حالة عدم التدخل لعلاج اضطراب العناد المتحدي تطور هذا الاضطراب عند الطفل إلى التدخين والشرب المبكر للخمور والإدمان واضطراب المسلك ، بل تمتد أضراره أيضاً لتشمل الأسرة وتظهر في الجدال والتمرد وعدم إتباع قواعد وتعليمات الوالدين ، والمدرسة حيث يؤدى هذا الاضطراب إلى انخفاض المستوى الأكاديمي او صعوبات في التعلم ، وعدم الانتباه ، وابتعاد الزملاء والرفاق عن هذا الطفل نتيجة لسوء سلوكه.

وهناك أسباب هامة تفرض حتمية التدخل السريع للتخفيف من حدة اضطراب العناد المتحدي منها :

١. اضطراب العناد المتحدي يسبق بصفة متكررة اضطراب المسلك مما يعرض الطفل لخطر السلوك غير الاجتماعي والجانح في سن المراهقة حيث تدعم الدراسات وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك من سبق اضطراب العناد المتحدي لاضطراب المسلك حيث أن الغالبية العظمى من الأطفال الذين يظهرون اضطراب المسلك كان لديهم في سن أصغر اضطراب العناد المتحدي بنسبة (٨٢٪) و أقل من نصف الأطفال يتطور اضطرب العناد المتحدي لديهم إلى اضطرابات حادة في السلوك[٢٨].

٢. يكون العلاج أكثر فاعلية في الأطفال الصغار عنه في الأطفال الأكبر حيث تكون الأعراض أقل خطورة و قبل أن يسوء السلوك مما يجعل احتمال نجاح العلاج أقل.

ونظراً لخطورة المشكلات التي يمكن أن يسببها هؤلاء الأطفال لمن يقومون بمهمة تنشئتهم سواء في المنزل أو المدرسة من ناحية، و مضاعفات هذه المشكلات على الأطفال من ناحية أخري، فقد أقر الكثير من المعالجين خلال الربع الأخير من القرن العشرين بأن نوعاً واحداً من العلاج لن يكون كافيًا لحل كل مشاكل هؤلاء الأطفال[٢٩]. وانه في حاله اهمال هذا الاضطراب و عدم وجود التشخيص السليم له واستخدام برامج التدخل الفعالة للتعامل معه ، فان ذلك سيؤدى إلى تطور هذا الاضطراب من خلال ممارسة هؤلاء الاطفال لسلوكيات سلبية مثل العنف وحب التملك والانخراط في المشكلات السلوكية والنفسية والشعور بألم انفعالي وعزلة ، وربما يتركون المدرسة[٣٠].بل ربما يؤدي أيضاً إلي زيادة احتمالية أن يصبح هؤلاء الأطفال مضادين للمجتمع[٣١]. أي أن يقوم هؤلاء الأطفال بسلوكيات مضادة للمجتمع فيما يعرف باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع[٣٢].

وعندما يصبح السلوك المضاد للمجتمع نمط من المقاومة الذى يؤثر على مختلف مجالات الطفل الوظيفية فإن ذلك يرجع إلى اضطراب العناد المتحدي أو اضطراب المسلك، وفى حالة غياب التدخلات الفعالة فإن هذه الاضطرابات يمكن أن تمتد إلى سن المراهقة ، وتظهر في صورة جنوح وأعراض نفسية أخرى مثل الإدمان واضطرابات الشخصية[٣٣].

ولما كان اضطراب العناد المتحدي أحد الاضطرابات السلوكية المنتشرة بين الأطفال والتي تظهر في المنزل أو المدرسة أو كليهما ويؤدى إلى اختلال في الأداء الوظيفي للطفل ، وتؤثر علي توافقه الاجتماعي والاسري والاكاديمي والنفسي[٣٤] ، كما أن أعراضه من تمرد وتحدى وسلوك عدائي وسلبى توجه نحو أنماط السلطة متمثلة في الوالدين في المنزل والمدرس في المدرسة ؛ فإن هذا الاضطراب يمثل مشكلة خطيرة لا تقتصر فقط على الطفل بل تمتد لتشمل الوالدين والإخوة بالمنزل والمعلم والأقران بالمدرسة[٣٥].

لذا بات من الضروري أن يكون هناك اتجاه علاجي شامل عند العمل مع هؤلاء الأطفال وان يتضمن العلاج الطفل و الأبوان والمدرسة و الإقران والمجتمع المحلى في بعض الأحيان[٣٦].

هذا بالإضافة إلى العديد من طرق العلاج الفعالة لاضطراب العناد المتحدي مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي الأسرى ، ووجد ان أكثر علاجين فعالين للمشكلات السلوكية واضطراب العناد المتحدي بصفة خاصة هما تدريب الوالدين ، والتدريب على المهارات السلوكية المعرفية المتضمنة التدريب على حل المشكلات Problem Solving skills Training والعلاج القائم عليها له تأثيرات إيجابية ثابتة لمدة من سنة إلى ثلاث سنوات بعد العلاج[٣٧].

ومن الطرح السابق للكتابات النظرية، يتضح أن الأطفال الذين يعانون من العناد المتحدي يعانون من الكثير من المشكلات ومن أهمها انحسار العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة علي التكيف الاجتماعي وعدم المشاركة في الحياة الجماعية والتي تؤدي إلي العزلة والانسحاب الاجتماعي[٣٨]

لذا تري الباحثة ان اضطراب العناد المتحدي يمثل مشكلة اجتماعية خطيرة...لذلككان من الضروري ان يتوجه الباحثون الي دراسته و الوقوف علي مكونات و الظروف التي يحدث في ظلها كمحاولة لتجنبه او تقليص امكانية حدوثة.

و علي العموم فإن هذا الكتاب هو جهد علمي متواضع يضاف الي جهود باحثين اخرين أدلوا بدلوهم في هذا المجال، و تأمل منه المعدة أن يسد ثغرة، ويكون اضافة مهنية تغني المكتبة العربية، ويكون عوناً لكل مربٍ و معلم واخصائي اجتماعي او نفسي و هم ينهضون بمهمة تربية ابنائهم من النشء الجديد، وقد حرصت الباحثة ان يكون هذا الكتاب مركزاً في طرحة، منظماً في تقديمة، وقد توزع الي ثالثة فصول رئيسية، وفقاً لترتيبها:

١- تشخيص اضطراب العناد المتحدي.

٢- الدراسات و البحوث السابقة التي تناولت اضطراب العناد المتحدي.

٣- علاج اضطراب العناد المتحدي.

ثم عُرضت فيما بعد نماذج لمقاييس تم استخدمها في دراسات اخري، وقدمت الاساليب العلاجية التي استخدمها الباحثون .

واخيراً و ليس اخراً، فإنني التمس من القارئ الحصيف العذر إذا ما وجد في هذا الكتاب ثغرة، أو هفوة، فإنني لا ادعي اني بلغت الكمال، فالكمال لله وحده (سبحانه وتعالي)، و عذري ان هذا الجهد هو محاولة وإضافة علمية لا يمكن ان تكتمل صورتها ألا من خلال إضافات القارئ الكريم و حسبي انني حاولت، والحمد الله الذي به تتم الصالحات.

الباحثة

أميرة حسنين محمود حسنين

أسوان الاربعاء ٢٠١٣/٧/٣

مراجع المقدمة

(١) طارق اسماعيل محمد الفحل: مدي اشباع احتياجات الاطفال في اندية الطلائع ، "بحث منشور" ، المؤتمر العلمي السنوي الخامس عشر (الرعاية الاجتماعية وحقوق الانسان)، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة ، الجزء الثاني ، ٢٠٠٤، ص٦٦٩.

(٢) محمد محمود حسان ابراهيم : استخدام المدخل المعرفي السلوكي في خدمة الجماعة و تنمية وعي الامهات بمتطلبات مرحلة ما قبل المدرسة للطفل المعاق ذهنياً، "بحث منشور"، المؤتمر السنوي الثامن عشر (الخدمة الاجتماعية وتحقيق اهداف الالفية)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة الفيوم، الجزء الثالث، ٢٠٠٧، ص٢ .

(٣) عزه عبد الجليل عبد العزيز عيد الله : تصور مقترح لدور خدمة الجماعة في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدي الأطفال المُساء إليهم ، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي الدولي الحادي و العشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية و الرعاية الانسانية في مجتمع متغير)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثالث ، ٢٠٠٨، ص١٢٦٧ .

(٤) عبد الستار إبراهيم وآخرون : العلاج السلوكي للطفل (أساليه و نماذج من حالات)، عالم المعرفة ، الكويت ، ١٩٩٣ ، ص ٢٠.

(٥) أشرف علي جاد الكريم علي : فعالية برنامج سلوكي قائم علي الالعاب اللغوية في خفض حدة بعض صعوبات التعلم اللغوية لدي اطفال الروضة ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة قنا ، ٢٠١١، ص٢.

(٦) اماني عبد المقصود عبد الوهاب : الشعور بالأمن النفسي و علاقاته ببعض اساليب المعاملة الوالدية لدي تلاميذ المدرسة الابتدائية ، "بحث منشور"، المؤتمر الدولي السادس لمركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩، ص ٦٩١.

(٧) صفاء احمد زكي البنا : برنامج مقترح في خدمة الجماعة لتعديل الاتجاهات السلبية للأطفال العاملين نحو التعليم ، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي السنوي السادس عشر(الخدمة الاجتماعية وعصر المعلومات)، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة الفيوم ، المجلد الثاني، ٢٠٠٥ ، ص٣٩٩.

(٨) محمد أحمد محمود خطاب : فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين ، رسالة ماجستير غير

منشورة ، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات النفسية و الاجتماعية ، القاهرة ٢٠٠٤، ص٨.

(٩) جميل طارق عبد المجيد : إعداد الطفل العربي للقراءة والكتابة ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الطبعة الاولي ، ٢٠٠٥، ص ص١٢: ١٣ .

(١٠) خالد سعد سيد محمد القاضي : تعديل سلوك الأطفال ذوى إضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (دليل عملي للوالدين و المعلمين) ، عالم الكتب ، القاهرة، ٢٠١١ ص ١٣.

(١١) أسماء عبد الحارس سعد الدبن محمد : أثر استخدام استراتيجية " كتابة العلوم " في التدريس علي تنمية بعض مهارات التفكير الناقد لدي تلاميذ المرحلة الاعدادية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة قنا ، ٢٠٠٣، ص٢.

(١٢) جمال شحاته حبيب : العدوانية في سلوك طلاب وطالبات المرحلة الثانوية و دور الخدمة الاجتماعية في التخفيف من حدتها (قضايا و بحوث واتجاهات حدبثة في ممارسة الخدمة الاجتماعية)، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ٢٠١٠ص ٦١١.

(١٣) ياسمين رمضان كمال عبيد : فاعلية برنامج للتدريب علي بعض المهارات الاجتماعية في خفض الشعور بالخجل لدي اطفال المدارس الابتدائية بمدينة قنا ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة قنا ، ٢٠٠٣، ص٢.

(١٤) عبد الحميد محمد علي ، منى ابراهيم قرشي : مشاكل الطفل النفسية ، دار مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ، القاهرة ، ٢٠٠٩ ، ص ٥.

(١٥) أسماء عبد الحارس سعد الدين محمد : مرجع سبق ذكره، ص٢.

(١٦) علي محمود محمد عبد المتطلب: برنامج إرشادي سلوكي لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من طلاب التعليم الثانوي في صعيد مصر، "رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة المنيا ، ٢٠٠٧ ، ص ص ٢: ٣.

(١٧) خالد سعد سيد محمد القاضي : مرجع سبق ذكره ، ٢٠٠٨، ص ١٣ .

(١٨) عبد الستار إبراهيم واخرون : مرجع سبق ذكره ، ص٢٠.

(19) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders (4th ed.) ، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. (2000) ،.p ،100.

(20) Barkley ، R. A.& Benton ، C. M: Your defiant child: 8 steps to better behavior. ، New York: Guilford Press. ، . (1998) ،p 23.

(21) Lee ، S. W.: Encyclopedia of school psychology. Thousand Oaks California: Sage ، (2005).

(٢٢) عادل سيد عبادي احمد: فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي عينة من تلاميذ المرحلة ا لابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣، ص٤.

(23) Farmer ، E ، Compton ، S ، burns ، B. & Robertson ، E : "Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology externalizing disorders: ، journal of consulting and clinical psychology New york ،2002 ، 70 (6) ، 1267 – 1302.

(٢٤) محمود حمودة : الطفولة و المراهقة و المشكلات النفسية و العلاج ، القاهرة ، ١٩٩١، ص١٦٧.

(٢٥) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن :مرجع سبق ذكره ، ص ١١.

(٢٦) آلان كاذدين : الاضطرابات السلوكية للأطفال و المراهقين (ترجمة عادل عبد الله) ، دار الرشاد ، القاهرة ، ٢٠٠٠، ص ص١٨١:١٨٢.

(٢٧) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن :مرجع سبق ذكره ص ١١.

(28) Silverthorn ،P: Oppositional defiant disorder ، in Orvaschel ،J. ، Hersen ،M. & Faust;J. Handbook of conceptualization and treatment of child psychopathology ،Oxford ، Englang ، Elsevier Science ، Ltd. .(200 l) 41-56.

(٢٩) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن :مرجع سبق ذكره ص ١١.

(٣٠) خولة أحمد يحيى : الاضطرابات السلوكية و الانفعالية ، دار الفكر ، عمان ، ٢٠٠٠ ، ص ٢٠.

(31) Cloninger، R. C:. Antisocial Personality Disorder: A Review. In Maj، M.; Akiskal، H.S.; Mezzich، J. E.&Okasha، A. Personality Disorders (125-169). New York: Wiley. ، (2005) p141.

(32) Rosenfield، S.& Smith، D:Gender and Mental Health: Do Men and Women Have Different Amounts or Types of Problems?. In Scheid، T.R.& Brown، T.N. (Eds.)، A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts، Theories and Systems (256- 267). 2 ed، New York: Cambridge University Press. ،(2010)، p260.

(33) Goozen، S. & Fairchild، G: " Neuroendocrine and neurotransmitter correlates in children with antisocial behavior" Hormones and behavior، 50 (4)، (2002)، 647 – 654.

(34) Silverthorn ،p : The Same Reference ،(2001)، pp41-56.

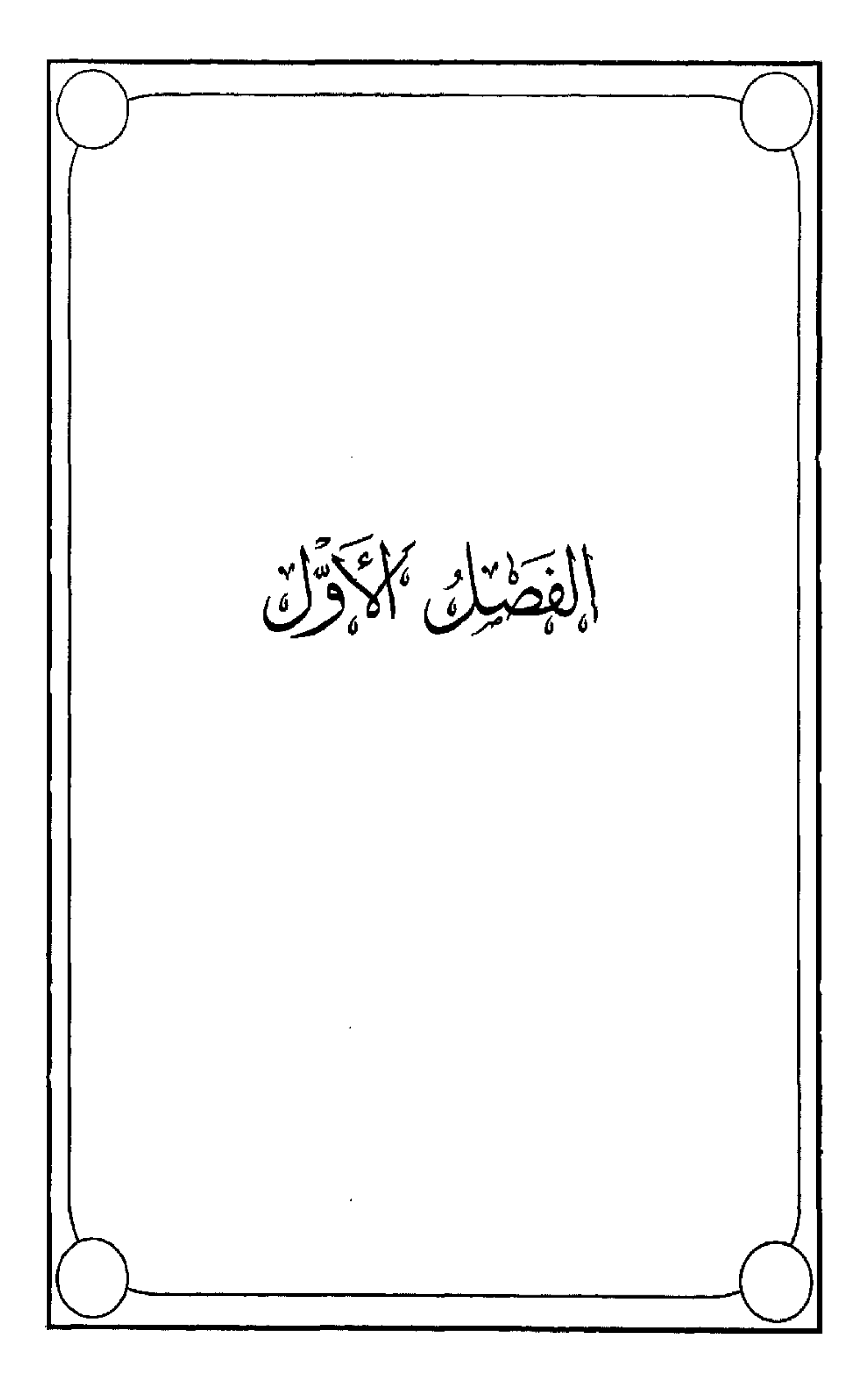
(٣٥) محمد السيد عبد الحميد، منى خليفة على حسن : مرجع سبق ذكره، ص ٢٤.

(٣٦) اميرة عبد العزيز احمد ابراهيم : مرجع سبق ذكره، ص٣٢٧٥.

(37) Silverthorn ،p : The Same Reference ،(2001) ،p43.

(٣٨) فوقية حسن رضوان : تحليل المشكلات النفسية عند الاطفال، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣، ص- ٩٧.





الفصل الأول



١ـ مفهوم اضطراب العناد المتحدي: (Oppositional defiant disorder(ODD

يعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات المنتشرة بين الاطفال والمراهقين و يبدو جلياً عندما تؤدى أنماط السلوك السلبي والعدائي والانتقامي او أي شكل اخر من العدوان سواء كان لفظياً او بدنياً الى اختلال في اداء الطفل الاكاديمي او الوظيفي او الاجتماعي [١] .

اولا : مفهوم الاضطراب Disorder :

تعرف موسوعة علم النفس التحليل النفسي الاضطراب بأنه يعني لغوياً الفساد او الضعف او الخلل، وهو لفظ يستخدم في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال علم النفس الاكلينيكي بصفة خاصة وكذلك الطب النفسي، وهو يطلق علي الاضطرابات التي تصيب الشخصية من ناحية السلوك، التفكير، الانفعال، سوء توافق الفرد مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه، والاضطراب يعني مجموعة من الاعراض تعكس سوء توافق الفرد .

كما ان هناك اتجاهاً لاستخدام هذا المصطلح لوصف مظاهر الاضطراب التي لا تندرج تحت فئات الامراض النفسية والعقلية و مظاهر السلوك التي تصيب الشخصية من ناحية فقدان إتزانها وثباتها الانفعالي أو تميزها بالسلبية و العدوانية و عدم الأذعان اي ما يتفق علي تسميته باضطراب الشخصية.

كما يستخدم هذا المصطلح لوصف مظاهر الاضطراب التي تعطل جوانب النمو الاجتماعية أو الجسمية او النفسية والتي لا يمكن تحديدها تحديداً قطعيا في مجال الامراض النفسية ، الجسمية ، أو الجسمية النفسية السيكوماتية .

ويتضح ان مصطلح الاضطراب يستخدم بمعاني متعددة من قبل المتخصصين في مجال علم النفس، ويشير الي مجموعة من الاضطرابات (اي السلوك المخالف للواقع، والمعتاد من وجه نظر الاخرين مما يدخل الشخصية في نفق مظلم ومضطرب ومظاهر متعددة من سوء التوافق مع الفرد وذاته، ثم مع الاخرين الذين يتعامل معهم [٢] .

ثانيا :مفهوم الاضطرابات السلوكية Behavioral Disorders :

يشير مصطلح الاضطرابات السلوكية الي العمليات العقلية الدالة علي سوء الاداء الوظيفي الدائم والاثار والانماط السلوكية المرتبطة بهذه العمليات كما ترتبط الاضطرابات السلوكية بالقيم الاجتماعية السائدة وخاصة تلك التي تحدد المشاعر المرغوب فيها والسلوك المعتدل[٣].

ويعرف السلوك المضطرب بأنه النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني وغير العدواني الذي تنتهك فيه حقوق الاخرين او قيم المجتمع الانسانية وقوانينه المناسبة لسن الطفل في المنزل والمدرسة ووسط الرفاق والمجتمع[٤].

ثالثا :مفهوم اضطراب العناد المتحدي :

يعرف " شريستوفيرسين و مورتيوت " (Christophersen&Mortweet، 2000) اضطراب العناد المتحدي بأنه نمط دائم من السلوك غير التعاوني العدائي و المتحدي نحو أنماط السلطة بدون انتهاكات اجتماعية أو سياسية[٥].

ويعرفه "شاندرل" (Chanderl، 2000) بأنه اضطراب نفسى يتميز بنمطين مختلفين من المشاكل هما العدوانية والميل عن عمد لمضايقة وإزعاج الاخرين[٦].

ويعرفه " بوسكى" (Boesky، 2002) بأنه اضطراب نفسى يبدى فيه الطفل عدم الالتزام نحو انماط السلطة[٧].

ويفسر "يونغ" العناد بأنه عبارة عن ردود الفعل التي يقوم بها الطفل تجاه موقف اجتماعي للحفاظ على شخصيته من الواقع المؤلم . ويمكن أن يكون العناد رد فعل لمواقف اجتماعية معينة .

كما يري البعض ان العناد ؛ هو استجابة لمثير سلوكي صادر عن الكبار أو عن البيئة المحيطة بهم وتتمثل هذه الاستجابة بالرفض والتمرد وعدم إطاعة الأوامر[٨].

ويعرف بأنه نمط السلبية والعدائية والتمرد ضد الوالدين ومن في مقامهم من الراشدين دون انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين [٩]. ويظهر ذلك في جدال

الكبار بعدائية واستفزاز متعمد مع سرعة الاستثارة يصاحب هذه الصورة اعراض من نقص اعتبار الذات وعدم تحمل الاحباط والانفجارات المزاجية ، وقد يسرف في تعاطي المواد ذات المفعول النفسي مثل الحشيش والكحول كما يتعاطى التبغ وهو ما يزال طفلا ، إضافة إلي اعراض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة(١٠).

كما يعرف علماء النفس العناد بأنه" موقف نظري أو تصرف تجاه مسألة أو موقف معين، بحيث يكون الشخص المعاند في موقع المعرضة أو الرفض أو التحدي(١١).

كما يعرف العناد بأنه نزعة الطفل لمعارضة الوالدين و تأكيد مواقف له تتنافي مع مواقفهما ورغباتهما و أوامرهما، أي أنه معارضة واضحة لا رادتهما، تترجم من خلال حالة من الجمود، أو بالرفض المنظم والثابت، أو بميل جارف إلي الجدل الذي لا ينتهي(١٢).

و اضطراب العناد المتحدي طبقا لتعريف الجمعية الامريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المراجِع للأمراض العقلية DSM-IV-TR (2000) (الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and statistical manual of mental Disorder (Dsm)(١٣). (وهو نظام تصنيفي خاص بالجمعية الامريكية للطب النفسي، ويستخدم هذا النظام علي نحو واسع، وبخاصة من قبل العيادات الطبية وعيادات الصحة النفسية، ويعد الدليل الرابع المراجع الصادر عام 2000 اخرها (DSm.IV.TR2000) (١٤).

ويعرف اضطراب العناد المتحدي بأنه نمط متكرر من التمرد والتحدي والسلوك السلبي نحو أنماط السلطة ودائماً ما يتم التعرف عليه قبل سن الثامنة و نادراً ما يتأخر بعد المراهقة المبكرة(١٥).

ويشخص الاضطراب على أنه اضطراب العناد المتحدى عندما :

❖ غالباً ما يبدى الطفل أربعة أعراض على الاقل من الاعراض التالية ولمدة لا تقل عن ستة أشهر :

١- غالباً ما يفقد مزاجه .

٢- غالباً ما يجادل مع الكبار .

٣- غالباً ما يتحدى ويرفض الامتثال الى قواعد و أوامر الكبار .

٤- غالباً ما يزعج الاخرين عن عمد .

٥- غالباً ما يلوم الاخرين على اخطاءه وسوء سلوكه .

٦- غالباً ما يكون سريع الغضب والانزعاج من الاخرين .

٧- غالباً ما يكون متردداً ومحباً للانتقام [١٦] .

مع ضرورة أن تحدث الاعراض بتكرار اكثر من ان تلاحظ كصفة فردية لعمر معين أو مرحلة نمائية معينة .

❖ وأن يؤدى الاضطراب الى خلل في الوظائف الاجتماعية أو الاكاديمية او المهنية[١٧].

❖ أن لا يحدث خلال فترة الذهان معايير اضطراب المسلك .

❖ لا يطبق على المفحوص معايير اضطراب المسلك[١٨].

كما يعرف اضطراب العناد المتحدي في معجم مصطلحات الطب النفسي بأنه " أحد الاضطرابات السلوكية عند الاطفال ويتميز بالعداء والمقاومة والتحدي و استخدام الفاظ قبيحة وعدم الأصغاء للكبار، ومعارضتهم ومضايقتهم و يحدث في اطفال المدرسة الابتدائية بنسبة١٦ – ٢٢٪[١٩].

وتعرف منظمة الصحة العالميةWorld Health Organization اضطراب العناد المتحدي بأنه اضطراب يتميز بوجود سلوك متحد وعصياني واستفزازي شديد مع غياب الأعمال المستهينة أو العدوانية الأكثر شدة والتي تخرق القانون أو تنتهك حقوق الآخرين، او هو اضطراب المسلك الذى يحدث لدى الاطفال الصغار ويتسم بالتحدي والعصيان والسلوك الهدام ولكن لا يتضمن أفعال جانحة أو أشكال خطرة من العدوانية والسلوك غير الاجتماعي " .

ويجب الحذر عند تشخيص هذا الاضطراب مع المراهق لأنه في هذه الحالة

سيلازم الاعراض دائماً سلوك غير اجتماعـي وعـدواني يتجـاوز مجـرد التحـدي والعصيان[٢٠].

كما يعرف بانه اضطراب المعارضة المتحدية أو الجريئة أو المحورية ويطلق عليه البعض اضطراب العناد الشارد والسمة الاساسية في هذا الاضطـراب هو نمط من السلوك الرافض العدواني المتحدي الاستفزازي الفوضوي المستمر الذى يتجاوز بوضوح الاطار الطبيعي لسلوك الطفل في العمر نفسه ومن نفس السياق الثقافي والحضاري والذى لا ينطوي على انتهاكات خطيرة للحقوق الاخرين كما هو الحال في اضطراب المسلك[٢١].

كما تعرفه موسوعة سلوك الطفل بأنه نمـط دائـم مـن الـسلوك العـدائي، المعارض، غير متعاون نحو أشكال السلطة، غـير قابـل للتفـسير لـدى الطفـل، ويؤدى إلى خلل وظيفي في حياة الأطفال[٢٢].

وقد أوضح معجم مصطلحات إعاقة النمو أن اضطراب العناد المتحـدي هو نمط من السلوك العدواني ينمو بصورة غير عادية بين الأطفال من نفس العمر العقلي، وهو يتضمن أعراضا من قبيل الغضب، الجدال الحاد، الاستياء، الحلف، الخروج المتعمد علي القواعد ومضايقة الآخرين[٢٣].

وتعرفه موسوعة الصحة النفسية بأنـه اضـطراب سـلوكي انفعـالي لـدى الأطفال يتميز بسلوك بالعناد، والعدائية، والمخالفة التي تستمر على الأقـل سـتة اشهر[٢٤].

ويعرف بانه نمط من السلوك الـرافض العـدواني المتحـدي الاسـتفزازي الفوضوي المستمر الذي يتجاوز بوضوح الاطار الطبيعي لسلوك الطفل في العمر نفسه، ومن نفس السياق الثقافي و الحضاري و الذي لا ينطـوي عـلي انتهاكـات خطيرة لحقوق الاخرين كما هو الحال في اضطراب المسلك.

كما يعرف بأنه سلوك يتميز بالرفض و العنـاد و التحـدي الـسافر و عـدم التعاونو الاستفزاز الشديد والتبجح المفـرط خـلال تفـاعلاتهم مـع الاقـران و الراشدين و الكبار مع غياب الانماط السلوكية العدوانية الخارجة عن الاعـراف

الاجتماعية او الخارقة للقانون و لحقوق الاخرين كالقسوة و الاعتداء و السرقة و تدمير الممتلكات .

كما يعرف بأنه احد الاضطرابات السلوكية في الاطفال و يتميز بالعداء و المقاومة و التحدي و استخدام الفاظ قبيحة و عدم الاصغاء للكبار و معارضتهم و مضايقتهم و يحدث في اطفال المدرسة الابتدائية بنسبة ٢٢٪ (٢٥).

تعقيب علي المقصود باضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال :

ووفقاً لما سبق يتبين أن اضطراب العناد المتحدى يمثل احد أشكال الاضطرابات السلوكية التى تظهر لدي الطفل بعد العام الثاني، ويتسم مفهوم اضطراب العناد المتحدى بقيام الطفل بتحدي ممثل السلطة الموجود في حياته، ويظهر في المعايير المحددة من قبل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية الإصدار الرابع.

او انه اضطراب سلوكي يتمثل من مجموعة الأنماط السلوكية الغير ملائمة لدي الاطفال ويحدث لفترة وجيزة من عمر الطفل، "

من هنا تعرف الباحثة اضطراب العناد المتحدي تعريفا إجرائيا بأنه:

- اضطراب سلوكي يشمل مجموعة الأنماط السلوكية غير الملائمة لدى الأطفال مثل العنف والغضب والرفض والاصرار والمجادلة وعدم تقبل التوجيه والحساسية الزائدة وسرعة الغضب والقاء اللوم على الاخرين نتيجة لأخطائه وايذاء الناس.
- يصنف ضمن النزعات العدوانية عند الأطفال.
- ناتج عن التصادم بين رغبات الأطفال ونواهي الكبار.
- يمارسه الطفل نحو أنماط السلطة (الوالدين أو المعلم أو الاقران) ...الخ.
- يحدث خلال فترة محددة من عمر الطفل.
- دائماً ما يتم التعرف عليه بعد سن الثامنة ونادراً ما يتأخر بعد المراهقة المبكرة.
- يترتب علي ذلك الاضطراب عدة مشكلات (اجتماعية، اسرية، تعليمية (اكاديمية")).

- يمكن قياس هذا الاضطراب من خلال مقياس تشخيص اضطراب العناد المتحدي.

٢ـ النظريات المفسرة لاضطراب العناد المتحدي

هناك العديد من النظريات التي حاولت تفسير أسباب اضطراب العناد المتحدي وهي:

(أ) نظرية التحليل النفسي:

وتري أن الأطفال يظهرون أشكال متعددة من الميول الانفعالية لتقوية أردتهم، و تقوية تفضيلاتهم، و تضخيم إصرارهم. وهنا نجد الآباء الذين لديهم طرق متطرفة في التعامل مع تلك الإرادة يمكن أن يساهموا في نمو صراعات مزمنة مع أطفالهم و التي بدورها يمكن أن تنتقل نحو جميع أشكال السلطة. والذي يبدأ لدي الرضيع علي انه التوجه الذاتي يمكن أن يتحول إلي أشكال سلوكية مبالغ فيها. وفي مراحل الطفولة التالية، الصدمات البيئية، الأمراض، أو الأمراض المزمنة ، يمكن أن يمثل نقطة البداية لاضطراب العناد وذلك كعملية دفاع ضد العجز، القلق، وفقد تقدير الذات. كذلك يمكن أن يظهر شكل أخر للعناد لدي المراهقين وذلك كتعبير عن الحاجة للانفصال عن الأبوين وتكوين شخصية مستقلة [٢٦].

وبذلك فقد أرجعت نظرية التحليل ذلك الاضطراب إلي صراعات لم يتم حلها تتمثل في الشعور بالسلوكيات العدوانية نحو أشكال السلطة.

(ب) النظرية السلوكية :

ترى أن التعلم والمحاولة والخطأ هي المفتاح الأساسي لفهم عملية تطور الاضطرابات حيث ترى أن اساليب معينة مثل المكافأة والتشجيع والعقاب في محيط تفاعل الفرد وبيئته الاجتماعية قد تعوق او تشجع السلوك غير المناسب، فاضطراب العناد المتحدي لدى الاطفال قد يدوم نتيجة لتعزيز الوالدين له عن طريق استجابتهم غير الملائمة مثل الانتباه الزائد لسلوك الطفل او التوبيخ او الغضب والانزعاج او قد يدوم نتيجة لان الطفل يتصرف بنفس الطريقة التي يسلكها الوالدين أي كنوع من التقليد لهم [٢٧].

ترجع هذه النظرية اضطراب العناد إلي انه سلوك متعلم تم تعزيزه خلال ممارسة الطفل للتحكم في أشكال السلطة: فعلي سبيل المثال عندما تكون لدي الطفل نوبات غضب عندما يقوم بسلوك غير مرغوب، فانه يجبر الوالدين ليستجيبوا لمطالبه، بالإضافة إلي ذلك فانه يزيد من انتباه الوالدين نحو سلوكه، مثل قيام الوالدين بمناقشة مطولة لسلوك أطفالهم يؤدي إلي تعزيز سلوك أطفالهم(٢٨).

كذلك فقد ارجع Danforth اضطراب العناد المتحدي لدي الأطفال إلي أساليب التعامل الخاطئة من جانب الوالدين مع أطفالهم، حيث يتعلم الأطفال أنماط سلوكية خاطئة يظهر من خلالها الاضطراب فينمو لدي الأطفال من خلال:

A = يطلب الوالدين من الطفل وضع لعبه بعيداً.

B = يتذمر الطفل بشكل صاخب.

C = لا يجعل الوالدين الطفل يضع لعبه بعيداً.

في المستقبل = يصرخ الطفل ويتذمر أكثر في حالة إذا ما طلب منه وضع أشيائه بعيداً(٢٩).

(جـ) النظرية الوراثية :

ترى ان العوامل الفردية هي سبب اضطراب العناد المتحدي والمشاكل السلوكية الاخرى مثل الفشل الدراسي والادمان، مع اعتبار الافتقار الى الضبط الذاتي هو العامل الرئيسي الذى يؤدى بالطفل الى سلوك مضاد للمجتمع، وترجع هذه العوامل الى استعداد وراثي أو ظروف فسيولوجية في الرحم كالتعرض للنيكوتين، وهذا الاستعداد يضع الافراد في مجال خطر كبير من الاضطرابات المزاجية مثل الغضب السريع والمشاعر السلبية والنشاط الزائد .

(د) النظرية المعرفية :

ويرى أصحاب هذه النظرية ان اضطراب العناد المتحدي قد يرجع الى نقص في الجوانب المعرفية والادراكية لدى الاطفال وما يرتبط بها من أساليب للتفكير ومهارات حل المشكلات كما انها تأخذ بعين الاعتبار العوامل الفردية

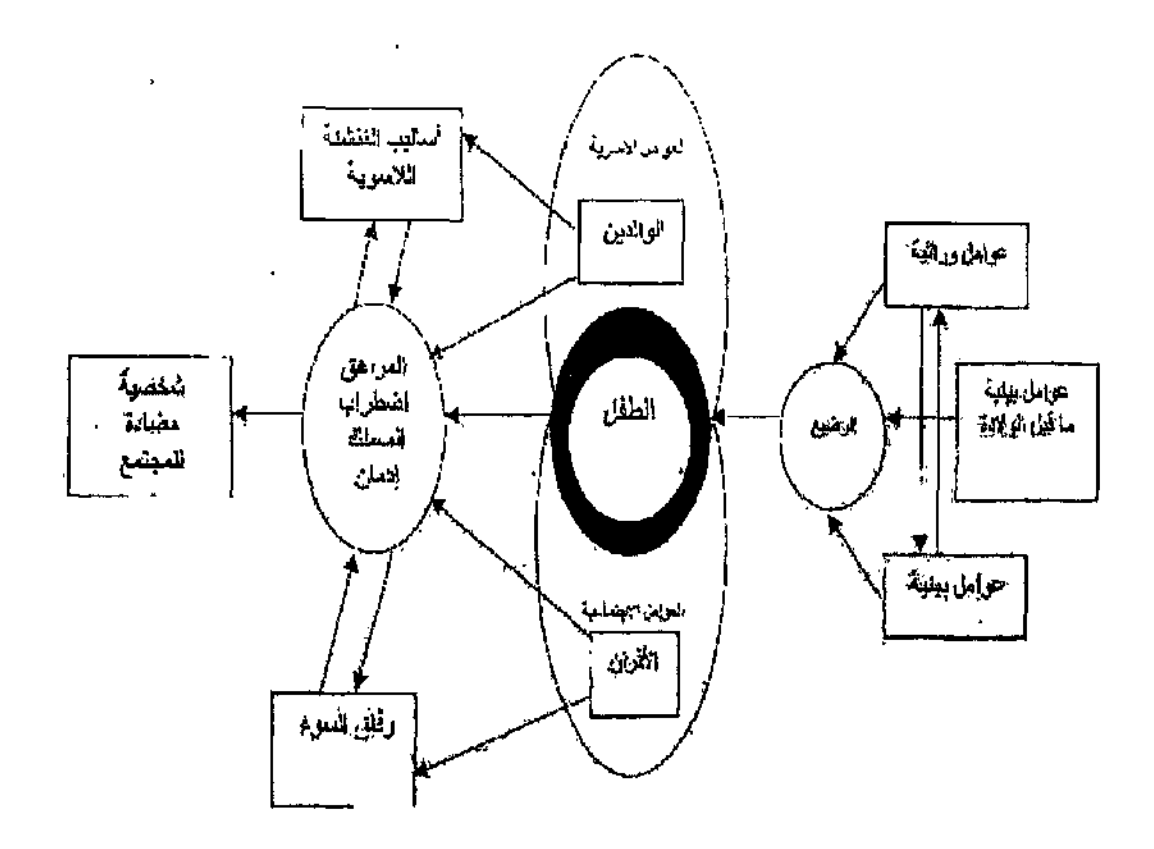
للطفل في عملية ترجمة وتفسير المواقف الاجتماعية وطرق الاستجابة لها والتي قد تأخذ شكل سلوك سلبي او عدائي(٣٠) .

ويري Snoekأن النظرية المعرفية ترجع اضطراب العناد المتحدي إلي أنماط خاطئة من التفكير في تفسير المواقف التي يمر بها الفرد(٣١) .

كذلك فقد فسر Greene& Doyle اضطراب العناد المتحدي وفقاً للنظرية المعرفية إلي أنه القصور في الوظائف التنفيذية Executive Functions المتمثل في الذاكرة العاملة Working memory، تنظيم الذات Self-regulation، التحول بين المجموعة الادراكية Shifting of Cognitive Set ، التخطيط والتنظيم لحل المشكلات Planned and Organized Problem Solving(٣٢) .

(هـ) نظرية العوامل المتعددة :

تركز هذه النظرية على العوامل المتعددة والانظمة المختلفة، حيث ترى ان الاضطراب ينجم عن تفاعل بين العوامل الفردية للطفل وبين العوامل الاجتماعية المحيطة به مثل الاسرة والمدرسة والرفاق وافراد المجتمع، وكل تفاعل يحدث ضمن نظام ما ويتأثر بعوامل اكبر بينها تأثيرات متبادلة تؤثر بطريقة مباشرة او غير مباشرة على سلوك الطفل، وهذه التفاعلات تحدث في محيط أربعة أنظمة هي العوامل الفردية الداخلية مثل الحالة المزاجية، النظام الصغير والذى يتضمن تفاعلات وجهاً لوجه مع أفراد الاسرة، العوامل المحيطة مثل الجيران والرفاق في المدرسة، النظام الكبير ويتضمن العوامل الثقافية والانتماءات العرقية والدينية والطبقات الاجتماعية(٣٣) .



شكل رقم (١)

العوامل المتعددة وتأثيرها على السلوك

وتنقسم العوامل المسببة لاضطراب العناد المتحدي الي:

أ- العوامل البيولوجية :

العوامل البيولوجية سبب هام لاضطراب العناد المتحدي فقد وجد ان هناك أسر تشتهر باضطرابات معينة مثل اضطراب العناد المتحدي واضطراب الحالة المزاجية واضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد مما يؤكد وجود استعداد وراثي لديها لظهور مثل هذه الاضطرابات حيث تدعم الدراسات الوراثية على التوائم ان الارتباط بين صفات الوالدين واضراب العناد المتحدي قد ترجع الى جينات وراثية كما ان هناك صفات وراثية اساسية مشتركة لدى كل من الطفل الجانح والعدواني وذو اضطرابات العناد المتحدي

وللعوامل البيولوجية الخارجية مثل تناول السموم او التدخين ونقص التغذية والفيتامينات تأثيرات ايضاً ولكنها غير ثابتة(٣٤)

هــذا بالإضــافة الى ان تغــير معــدل افــرازات بعــض الهرمونــات مثــل الكورتيزون والتستوستيرون والادرينالين حيث يزداد افراز الغدة الكظرية من هرمون الادرينالين لدى الاطفال ذوى اضطرابات العناد المتحدي عن الاطفـال الطبيعيين كما ان للعوامل الفسيولوجية الداخلية في مرحلة ما قبل الولادة لها تأثير على اضطراب العناد المتحدي.

كما أن العوامل الفردية لـدى الطفـل متمثلـة في الميـول والحالـة المزاجيـة والحساسية البالغة والتقلبات الانفعالية والقلق المتواصل والسلبية ونقص الانتباه ترتبط بالعوامل البيولوجية وخاصة الاستعداد الفطري الوراثي وهـذه العوامـل من دورها ان تؤثر في طريقة تفاعل الطفل ليس فقط مع بيئتـه ولكـن ايـضاً مـن دورها ان تؤثر في طريقة تفاعل الطفل ليس فقط مع بيئته ولكن ايضاً مع الاخرين ومن ثم فهذه العوامل قد تتدخل في ظهور اضطراب العناد المتحدي(٣٥).

ب- العوامل السرية أسرية :

يرتبط اضطراب العناد المتحدي بالعوامـل الوالدية والاسريـة المختلفـة، حيث تـسهم عوامـل التنشئة اللاسـوية في ظهـور اضـطراب العنـاد المتحـدي خصوصاً عمليات القسر وقلة الاشراف الوالدي وقلة التفاعلات الايجابية وعدم الاستقرار الاسري والاعتداء على الاطفال والتعليمات المتناقضة والطباع الوالدية الحادة والقاسـية والخلافـات الزوجيـة واضـطراب الحالـة المنزليـة والانفـصال والطلاق والخلع وكثرة النزاع والشجار الاسرىFamily Disbut& Quarreling، واستخدام العقاب الجسدي والمعنوي هذا بالإضافة الى تأثير كل مـن انخفـاض المستوى التعليمي والثقافي للوالدين ومستوى دخل الاسرة وقلة الدفء الاسرى على ظهور وتطور اضطراب العناد المتحدي لدى الاطفال(٣٦).

اضـف الى ذلك العامـل الاسرى والخـاص بالمعاملـة الوالديـة واسـاليب التنشئة الاجتماعية اذ يعتقد البعض انه نظراً لان هؤلاء الاطفال يتصفون بالحالـة المزاجية الصعبة – وعدم التكيف مع المواقف الجديدة وسرعة التهيج والغضب – واضطرابات غير منتظمة في الاكل والنوم.

كل هذا له تأثيره السلبى على اتجاهات الاباء نحو هؤلاء الاطفال ومن هذا يقال ان الرعايـة الوالديـة غـير الفعالـة تـساعد في نمـو الاضـطراب المعانـد او

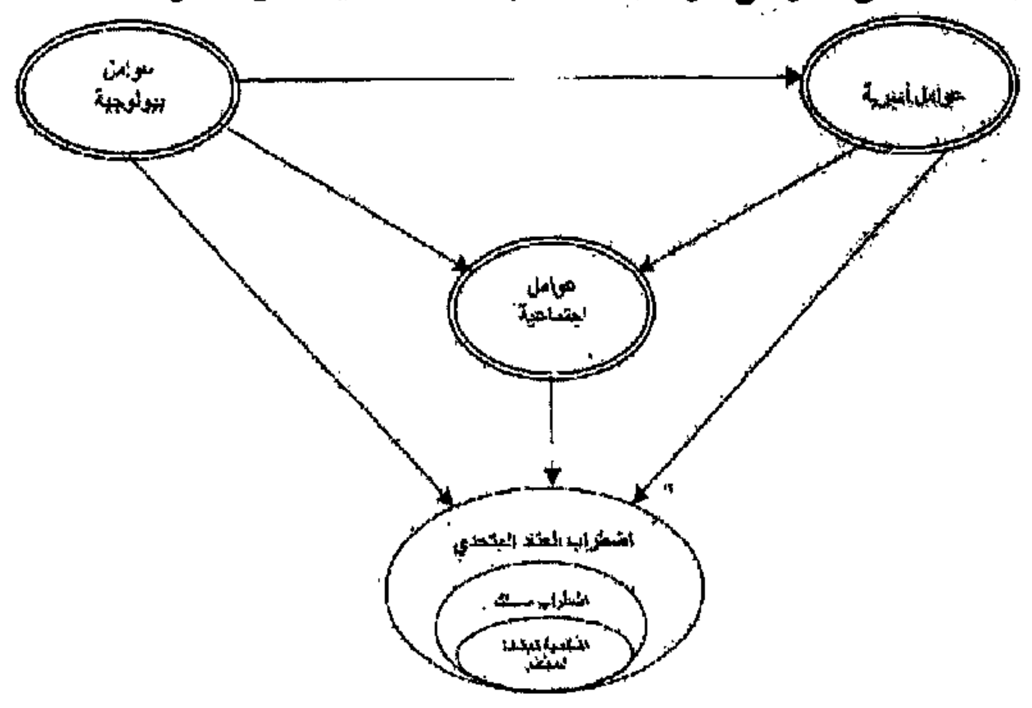
المتعارض والمتحدي لدى هؤلاء الاطفال وتصبح سلوك الرعاية الوالدية اكثر سوءاً وأكثر صعوبة اذ أن التعامل مع الطفل المعاند المتحدي في وجود رعاية والدية غير كفء ينتج عنه استمرارية وتطور هذا النوع من السلوك[٣٧].

جـ- العوامل البيئية والاجتماعية:

لا يرتبط اضطراب العناد المتحدي بخصائص الاسرة فقط ولكنه يرتبط أيضاً بخصائص البيئة المحيطة بالطفل مثل المدرسة والرفاق والجيران والحي بأكمله.

فالعوامل الاجتماعية والاقتصادية لهذه البيئات مثل الفقر والافتقار الى التنظيم وعنف الجماعة وزيادة معدلات الجريمة وعدم التجانس العرقي وكثرة التنقل بين الاحياء واجهزة الاعلام والحضر والريف وخصائص الرفاق من عنف وسلوك أجرامي وانتماءات عرقية.

إلا أن معظم الدراسات تؤيد انه من المستبعد أن يكون هناك عامل رئيسي وحيد وراء اضطراب العناد المتحدي فالرأي الأكثر شيوعاً هو أنه يظهر نتيجة لخليط معقد من العوامل الوراثية والاجتماعية والنفسية لدى الافراد[٣٨].



شكل رقم (٢)

العوامل المؤثرة في اضطراب العناد المتحدي

د ـ نظرية التعلم الاجتماعي:

يري أصحاب هذه النظرية وعلي رأسهم "باندورا" كما وضح "بدر إبراهيم الشيباني" أننا نقلد سلوك الآخرين عندما نرى أن سلوكهم هذا يعزز أو يدعم من خلال الآخرين، أو إذا كنا نحب أو نعجب بسلوك الأفراد الذين نلاحظهم. بمعني أخر، أننا نتعلم السلوكيات الحسنة أو غير الحسنة من خلال الملاحظة والتقليد. وتتلخص فكرة التعلم بالملاحظة بان البيئة المحيطة تقدم للفرد نماذج كثيرة من السلوك، والتي يقوم الفرد بدوره بتقليدها، وهي تم بمراحل كالتالي:

١- ملاحظة سلوك الآخرين (القدوة الاجتماعية) أو الانتباه Attention.

٢- استدعاء Recognition ما تم ملاحظته.

٣- استرجاع Recall الملاحظة من خلال المهارة الحركية Motor Skill لما تم تذكرة.

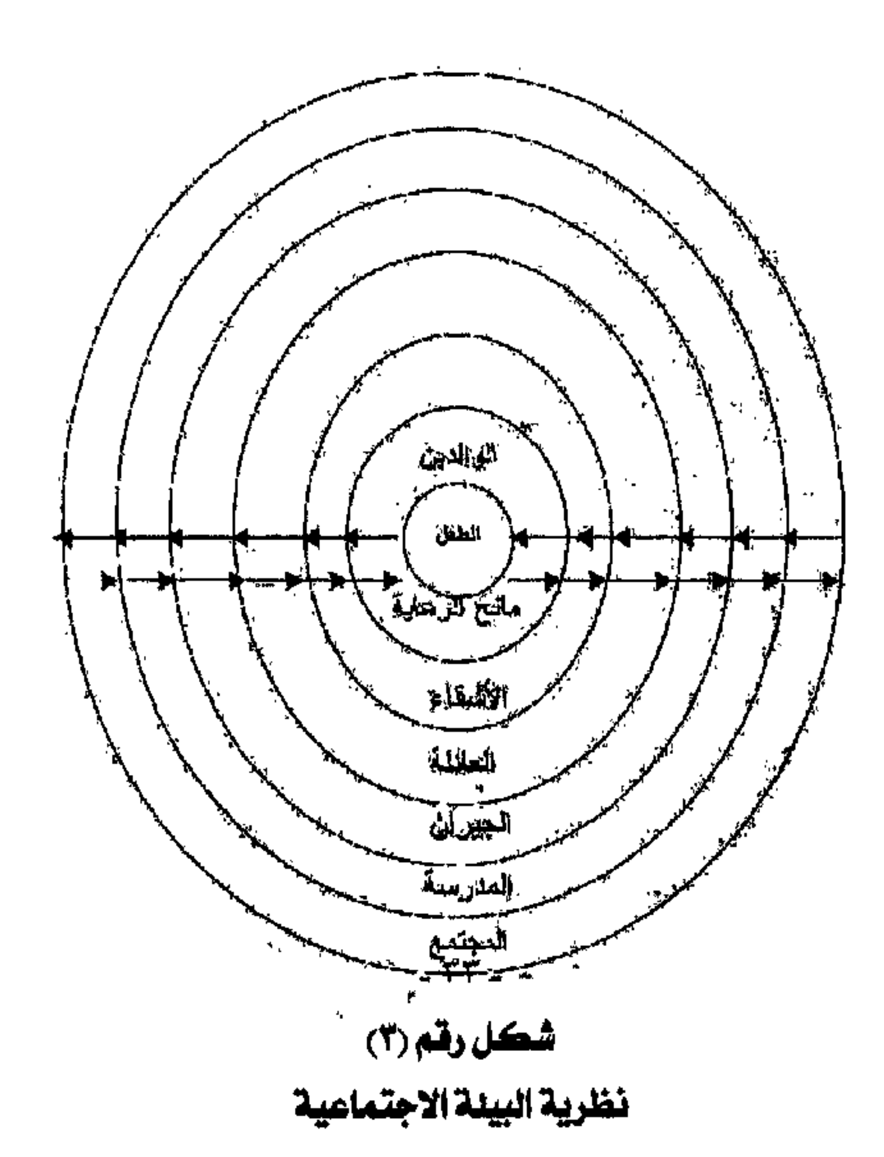
٤- التعزيز أو التدعيم Reinforcement المباشر أو غير المباشر[٣٩].

هـ- نظرية ادلر:

يرجع الادلريون اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال إلى افتقادهم للثقة، وذلك راجع إلي أنهم يعانون من العقاب فى العديد من المواقف التي يمرون بها، ومن إرغام الراشدين لهم بالقيام بما يطلب منهم من أوامر، ونتيجة لعقاب الأطفال المستمر أو إهمالهم فان ذلك يؤدى إلى تعزيز مشاعر النقص لدى الأطفال، وبذلك فهو من الممكن أن يبحث عن القوة والانتقام وينتهي ذلك بالجنوح والعنف، خاصة عندما يتم إهماله في بيئته، فهنا يمكن أن ينظر الطفل إلى جماعة الناس باتجاهات مضادة للمجتمع (Oberst & Stewart)[٤٠]. فكما يوضح ادلر أن الإنسان ليس كائنا معزولا عن البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، بل هو كائن اجتماعي يؤثر ويتأثر بالبيئة المحيطة . فقد أكد أدلر على دور العوامل البيئية والمعرفية وقوة الهدف وتأثيره على شخصية الفرد[٤١].

و ـ نظرية البيئة الاجتماعية:

فتشترك مع نظرية الانظمة في بعض المبادئ الاساسية الا انها تمتد لتشمل سياق أوسع واشمل من المؤثرات المحيطة بالطفل، حيث تنظر الى الطفل على انه كائن يعيش وسط مجموعة من الانظمة المتشابكة المتمثلة في الطفل ، واسرته ، والعوامل المجتمعية المحيطة به من مدرسة وجيران وأقران فسلوك الطفل هو ناتج التفاعلات المتبادلة بين الطفل وهذه الأنظمة من ناحية وتفاعلات الانظمة فيما بينها من ناحية أخرى.



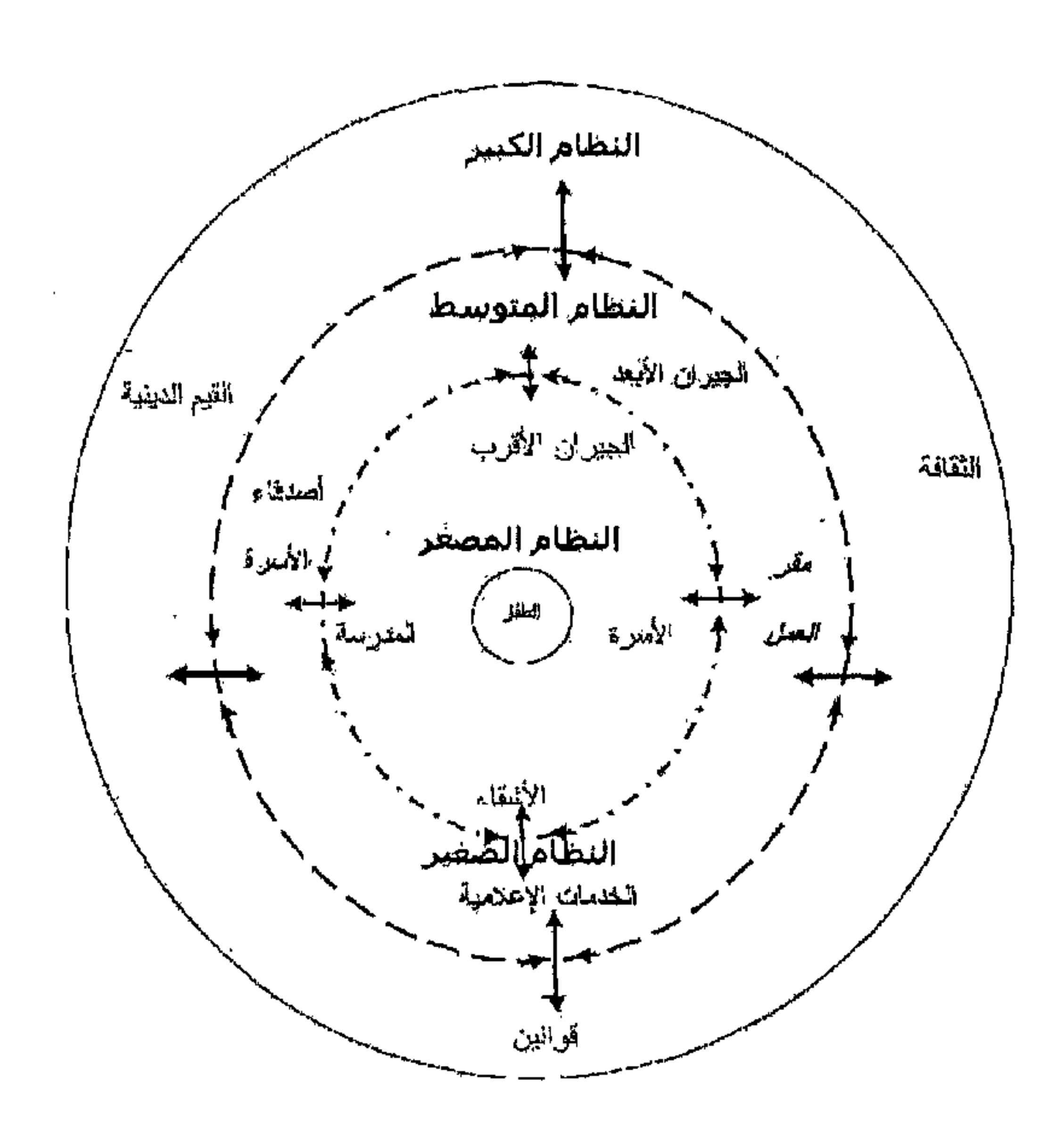
شكل رقم (٣)

نظرية البيئة الاجتماعية

وقد حدد(برونفينبرنر Bronfenbrenner)أن هذه العوامل عوامل فعالة تؤثر في خصائص الطفل الفردية وايضاً السلوكية والنفسية وتتطور وتتفاعل في سياق محيط أربعة مراتب من الانظمة المحيطة بالطفل وهى :

النظام المصغر Microsystem وهو أقرب محيط للطفل ويمثل أنماط العلاقات والادوار الاجتماعية والتفاعلات التي تحدث في محيط محدود وهو الذى يتصل به الطفل اتصال مباشرة ويتفاعل معه وجهاً لوجه مثل الوالدين والاشقاء والاسرة ومعظم الابحاث تركز على هذا المحيط .

النظام الصغير Mesosystem يتمثل في التفاعلات والعلاقات بين افراد النظام المصغر وبعضهم البعض مثل أقران معاً أو الاباء معاً .



شكل رقم (٤)

الانظمة المحيطة بالفرد

النظام المتوسط Exosystem هو إطار لا يتفاعل معه الطفل بشكل نشط ومباشر الا انه يؤثر فيه مثل طبيعة عمل الاب، اصدقاء الاباء، النوادي، المنظمات الخدمية .

النظام الكبير Macro system ويمثل المحيط الاوسع والاعم حيث يضم الانتماءات الدينية والعرقية والاقتصادية والثقافية والمعتقدات والعقائد الدينية[٤٢]

٣ـ ملخص تاريخي لاضطراب العناد المتحدي :

كان أول توجه لدراسة العناد من قبل Levy ، حيث قام بدراسة تلك المجموعة من الأعراض السلوكية التى اسماها سلوك اضطراب العناد المتحدى، ثم اتجهت الدراسات إلى تغيير المسمى إلي اضطراب الشخصية العنادية Oppositional Personality Disorder لوصف الأطفال الذين يظهرون العدوان خلال سلوك العناد[٤٣].

وبدأ ظهور أول تشخيص لاضطراب العناد المتحدي فى الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائى DSM-III الذى قدم اضطراب العناد المتحدي بمسمى اضطراب العناد Oppositional Disorder فى فئة الاضطرابات التى يبدأ ظهورها في مرحلة ما بعد الرضاعة، أو الطفولة، أو المراهقة وذلك لتصنيف الأطفال الذين يظهرون أشكال من الإصرار، والسلبية، والاستفزازية، ومعارضة أشكال السلطة، كذلك أشار التصنيف إلى أن المرحلة العمرية من ١٨ – ٣٦ شهراً تعتبر مرحلة نمو طبيعية للعناد، في حين حدد التصنيف لأول مرة المرحلة العمرية لظهور الاضطراب بعد عمر ٣ سنوات وقبل بلوغ ١٨ عام[٤٤].

ففى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث للأمراض العقلية يتطلب تشخيص الطفل باضطراب العناد المتحدى أن يبدى عرضين من خمس أعراض تتضمن انتهاك للقواعد البسيطة هى نوبات الغضب الجدل، التمرد، الاستفزاز، التحدى، ثم اضيفت بعض التعديلات فى الاصدار الثالث المراجع من الدليل التشخيصى الاحصائى للأمراض العقلية هى :

١- اتساع قائمة الاعراض إلى تسعة أعراض .

٢- إضافة كلمة غالباً أمام الاعراض لتميزها عن السلوك الطبيعى فى مرحلة الطفولة .

٣- يبدى العديد من الاطفال فى مرحلة ما قبل المدرسة سلوك العناد إلا أن الاعراض لابد أن تكون غير عادية إما فى الشدة والتكرار أو تستمر لمرحلة عمر المدرسة لكى تكون مؤشر لاضطراب العناد المتحدى .

٤- زيادة عتبة الاعراض التشخيصية الى ثلاثة أعراض من اجمالى تسعة اعراض ولمدة ستة أشهر .

وبعد سبع سنوات، عمل الدليل التشخيصيوالإحصائى الثالث المنقح DSM-III-Rعلى تغيير المسمى من اضطراب العناد إلى اضطراب العناد المتحدى ODD، كذلك تغيير بعض أعراض التشخيص إلى " غالباً" في كل المعايير، و قد زاد التصنيف عدد أعراض التشخيص من أثنين إلى خمسة أعراض كحد أدنى لتشخيص الاضطراب، و إلى جانب ذلك فقد عمل التصنيف على تصنيف اضطراب العناد المتحدى مع اضطراب المسلك و اضطراب النشاط الزائد و نقص الانتباه و ذلك تحت فئة الاضطراب الفوضوى أو المفكك(٤٥) .

وفى الاصدار الرابع من الدليل التشخيصى الاحصائى للأمراض العقلية فتمثلت التعديلات فى :

١) حذف المعيار التشخيصى الخاص بالسب واستخدام لغة بذيئة لارتباطه الضعيف بأعراض اضطراب العناد المتحدى .

٢) زيادة الاعراض التشخيصية الى أربعة أعراض من اجمالى ثمانية اعراض .

٣) لابد أن يتكرر حدوث السلوك أكثر من ان يلاحظ كصفة لمرحلة عمرية أو نمائية معينة(٤٦) .

جدول (١)

تطور معايير تشخيص اضطراب العناد المتحدى وفقاً لتصنيف DSM

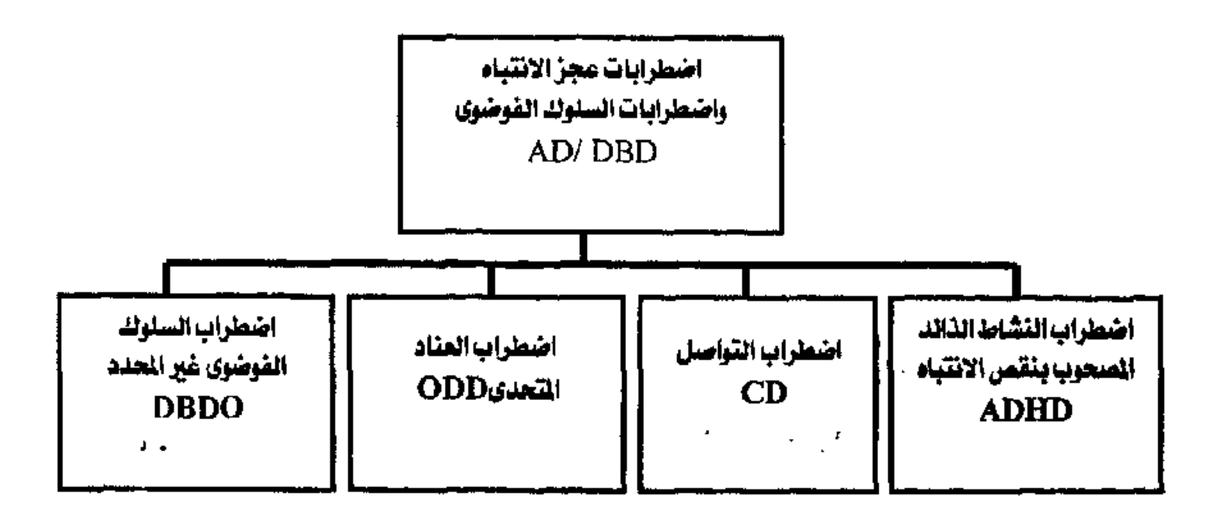
التصنيف	DSM-111 (1980)	DSM-111-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-IV-TR (2000)
المعايير التشخيصية	أ. انتهاك القواعد البسيطة. ب. نوبات غضب انفعالية. ج. الجدل. د. سلوكيات استفزازية. ه. التصلب.	أ. غالباً ما يفقد أعصابه . ب. غالباً ما يتجادل مع الراشدين. ج. غالباً ما يتحدى أو يرفض بإصرار الامتثال لطلبات الراشدين أو قوانينهم مثل رفض أعمال المنزل الرتيبة. د. غالباً ما يقوم عمداً بأشياء تزعج الآخرين مثل: سحب قبعات الأطفال. ه. غالباً ما يلقي اللوم على الآخرين في أخطائه. و. غالباً ما يكون سريع التأثر أو ينزعج بسهولة من الآخرين. ز. غالباً ما يكون غاضباً وممتعضاً. ح. غالباً ما يكون حاقداً وانتقامياً. ط. غالبا ما يشتم أو يستخدم لغة بذيئة	١- غالباً ما يفقد أعصابه. ٢- غالباً ما يتجادل مع الراشدين. ٣- غالباً ما يتحدى أو يرفض بإصرار الامتثال لطلبات الراشدين أو قوانينهم. ٤- غالباً ما يزعج الناس عمداً. ٥- غالباً ما يلقي اللوم على الآخرين في أخطائه أو سلوكه السيئ. ٦- غالباً ما يكون سريع التأثر أو ينزعج بسهولة من الآخرين. ٧- غالباً ما يكون غاضباً وممتعضاً. ٨- غالباً ما يكون حاقداً وانتقامياً.	أ. غالباً ما يفقد أعصابه. ب. غالباً ما يتجادل مع الراشدين. ج. غالباً ما يتحدى أو يرفض بإصرار الامتثال لطلبات الراشدين أو قوانينهم. د. غالباً ما يزعج الناس عمداً. ه. غالباً ما يلقي اللوم على الآخرين في أخطائه أو سلوكه السيئ. و. غالباً ما يكون سريع التأثر أو ينزعج بسهولة من الآخرين. ز. غالباً ما يكون غاضباً وممتعضاً. ح. غالباً ما يكون حاقداً وانتقامياً.
عدد المعايير المطلوبة	على الأقل معياران	على الأقل خمسة معايير أو أكثر	على الأقل أربعة معايير أو أكثر	على الأقل أربعة معايير أو أكثر

https://www.books4arab.com

ثم تلا ذلك الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية [٤٧] DSM-IV. فكان التعديل بسيط حيث اضيف ان نسبة الانتشار العام لاضطراب العناد المتحدى تتراوح ما بين٢ : ١٦٪ و هذا معتمداً على المقياس و طريقة القياس المتبعة[٤٨].

ثم تم تحديد المعايير الخاصة بتشخيص اضطراب العناد المتحدى بحذف معيار "غالباً ما يشتم أو يستخدم لغة بذيئة"، كذلك تم تحديد معايير التشخيص إلى أربعة معايير كحد أدنى[٤٩].

وكما هو موضح بجدول (٢) الذى يظهر عملية تطور معايير التصنيف فقد تشابهة معاييرالإصدار الرابع المنقح DSM-IV-TR مع معايير الإصدار الرابع DSM-IV حيث تم تصنيف اضطراب العناد المتحدى تحت فئة اضطرابات عجز الانتباه واضطرابات السلوك الفوضوى Attention Deficit/ Disruptive Behaviour Disorder (AD/ DBD) الذي يشتمل على اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder(ADHD) واضطراب المسلك Conduct Disorder (CD) واضطراب العناد المتحدى(ODD) واضطراب السلوك الفوضوى غير المحدد Disruptive Behaviour Disorder Not Otherwise Spescified(DBDO) كما هو موضح بالشكل(١)، كذلك فقد تم الإبقاء على ضرورة وجود أربع معايير لتشخيص اضطراب العناد المتحدى على الأقل، حيث يقرر الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية العديد من الخصائص المميزة لاضطرابات السلوكية الأخرى، مثل اضطراب المسلك، والنشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، كذلك أوضح الدليل التشخيصي والإحصائي أنه يمكن أن تتداخل الاضطرابات مع بعضها الأخر وهنا يتم الإشارة إليها علي أنها اضطرابات مصاحبة[٥٠].



شكل (٥)

تصنيف اضطرابات عجز الانتباه واضطرابات السلوك الفوضوى

وبالنظر إلي المعايير الخاصة بالدليل التشخيصى DSM-IV-TRفقد خلص Matthys& Lochman إلى أن أعراض اضطراب العناد المتحدى متباينة كالأتى:

١. عرضان يوضحان العناد والتحدى في الطبيعة وهما " يتحدى أو يرفض بإصرار الامتثال (الاستجابة) لطلبات الراشدين أو قوانينهم" و " يتجادل مع الراشدين".
٢. عرضان يتعلقان بالفشل في عملية التنظيم الانفعالي احدهما معتدل " سريع التأثر أو ينزعج بسهولة من الآخرين" والأخر أكثر حدة " يفقد أعصابه".
٣. عرض انفعالي، والمخصص بالغضب " يكون غاضباً ومتعضاً".
٤. عرض متعلق بالإثارة " يزعج الناس عمداً".
٥. عرضان خاصين بالعدائية احديها معتدل " يلقي اللوم على الآخرين في أخطائه أو سلوكه السيئ" والأخر أكثر حدة " حاقداً وانتقامياً"(٥١).

أما فيما يتعلق بتصنيف منظمة الصحة العالمية فقد كان أول تشخيص

لاضطراب العناد المتحدى فى التصنيف الدولى العاشر للأمراض International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)وذلك تحت فئة اضطراب المسلك، حيث تم تمييز ذلك الاضطراب بوجود سلوك متحدى وعصيانيواستفزازى شديد وغياب الأعمال العدوانية الأكثر شدة التى تخرق القانون أو تنتهك حقوق الآخرين، وقد تم تحديد المعايير الخاصة بتشخيص الاضطراب فى أنه نمط من السلوك الذى يتسم بـــــ:

١) المعاندة.

٢) التحدى.

٣) الاستفزاز.

٤) الفوضوى.

٥) الميل كثيراً وبنشاط إلى تحدى طلبات أو قواعد الكبار.

٦) يتعمدون إغضاب الآخرين.

٧) الغضب والامتعاض.

٨) الاغتياظ بسهولة من قبل الآخرين.

٩) لا يحتملون الإحباط.

١٠) يفقدون أعصابهم بسهولة.

١١) ممارسة درجات مفرطة من الوقاحة وعدم التعاون ومقاومة السلطة.

ويتميز ذلك السلوك بالاستمرار الذى يتجاوز بوضوح الإطار السوى لسلوك طفل في نفس العمر والإطار الثقافى والاجتماعى، والذي لا يتضمن انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين كما هو مشار إليه في السلوك العدواني وغير الاجتماعي المحدد فى الفئة F91.0& F91.0 وهو يعني اضطراب المسلك[٥٢].

وعند النظر إلى تصنيف DSM-IV-TR وتصنيف ICD-10 نجد أن هناك اختلافات بينهما، فقد خلصت دراسة[٥٣] Burk et al، (2010) إلى انه على الرغم

من أن تصنيف DSM-IV-TRقد أشار إلى أن مسار نمو اضطراب العناد المتحدى يؤدى فى النهاية إلى بداية ظهور اضطراب المسلك، وأنه إذا استمر اضطراب المسلك لدى بعض الشباب يمكن أن يتطور إلى اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع وأنه نادراً ما يحدث الاضطرابين معاً خاصة فى مرحلة المراهقة، وعلى الرغم من ذلك فإن تصنيف ICD-10 قد عمل على تشخيص أعراض اضطراب العناد المتحدى على أنها أعراض اضطراب المسلك فى حين أن تلك الأعراض السلوكية لا تتناسب مع اضطراب العناد المتحدى.

ومن هنا يجب توخى الحذر عند محاوله تشخيص اضطراب العناد المتحدى بصورة واضحة، هذا لأن التداخل فى الأعراض السلوكية لكلا من الاضطرابين قد يؤدى إلى اللبس فى عملية التشخيص، ووفقاً لذلك نجد أن معايير DSM-IV-TR أكثر دقة فى تشخيص اضطراب العناد المتحدى.

٤- الصورة الاكلينيكية لاضطراب العناد المتحدي:

يتضمن اضطراب العناد المتحدى أنماط متكررة من السلوك السلبى والعدائيوالمتحدى و يبدوا جلياً فى اصرار الطفل ومقاومته للتوجيه ورفض للمساومة او التفاوض مع اقرانه او البالغين والتمرد ومقاومة السلطة عن طريق تجاهل الأوامر وعدم قبول اللوم على آثامه وأخطائه وتوجه العدائية نحو البالغين أو الاقران المقربين وتظهر من خلال تعمده لازعاجهم من خلال العدوان اللفظى دون العداء الجسدى الأكثر خطورة كما فى اضطراب المسلك[٥٤] ، وينشأ عن الاضطراب خلل على الاقل فى واحد من ثلاثة مجالات وظيفية هى الوظائف الاجتماعية او الاكاديمية او المهنية ويدوم لمدة لا تقل عن ستة أشهر[٥٥].

ويشير التشخيص ايضاً الى ظهور سلوك الغضب والحقد ومشاكل فى التحكم فى الانفعالات ومعظم هذا السلوك موجه الى احد رموز السلطة و ذلك بدون انتهاك لحقوق الاخرين – كما فى اضطراب المسلك– عند المقارنة بنفس المرحلة العمرية ولا يعد تشخيص اضطراب العناد المتحدى فى حالة ظهور مثل هذه الاعراض فقط فى حالات اضطراب الذهان او اضطراب المزاج او يكون السلوك المحدد جزء من مرحلة تطور ونمو الطفل (مثل الفترة من ٢:٣ سنوات

وفى مرحلة المراهقة المبكرة) أو تكون أكثر خطورة مقارنة بسلوك المتوقع لهذه المرحلة لأنه فى هذه الحالة يتمثل السلوك اضطراب اكثر خطورة من اضطراب العناد المتحدى وتشخيص الاضطراب غير محدد بمرحلة عمرية ولكنه من الشائع ظهوره فى نهاية مرحلة ما قبل المدرسة او بداية عمر المدرسة الابتدائية(٥٦).

وتتفاوت ملامح هذا الاضطراب الى حد بعيد فقد يظهر فى البيت وتختفى فى المدرسة او مع بالغين اخرين او مع الرفاق وفى بعض الحلات تظهر ملامح الاضطراب خارج البيت وفى حالات اخرى يبدأ ظهور الاضطراب فى البيت ثم يمتد ليشمل سلوك الطفل خارج المدرسة(٥٧).

ولكن المعتاد النمطى هو ان اعراض الاضطراب أكثر بروزاً فى التعامل مع البالغين فى الرفاق الذين يعرفهم الطفل جيداً ومن ثم فإن الاطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يظهرون علامات الاضطراب اثناء فحصهم اكلينيكياً(٥٨).

و يتم تحديد اضطراب العناد المتحدى من خلال أنماط السلوك مثل المجادلة، الغضب، التحدي، والعدوان التى تستمر لمدة ستة اشهر سابقة. ويسبب ضرر في العلاقات الاجتماعية مع البالغين والأقران(٥٩). فهو نمط من سلوك العدائية وسرعة الأنفعال والمعارضة عند الطفل يكون بدرجة ترتفع عن أقرانه ممن هم فى نفس مرحلة النمو(٦٠)، فهو عبارة عن أنماط من سلوك السلبية والعدائية والتحدى الخارجة عن السلوك الطبيعى للأطفال فى نفس العمر والسياق الثقافى الاجتماعى(٦١).

الا ان في استمرار حالة العناد إلي ما بعد الطفولة المتأخرة، إشارة إلي أنها أصبحت حالة مرضية من الضرورى العمل علي إيجاد الوسائل العلاجية اللازمة لتخليص الطفل منها، لانها ستعيق تكيفة الاجتماعي ، فسوء علاقته مع غيره من الاصدقاء الذين يفضلون الابتعاد عنه، والتخلي عن صدقاتهم له(٦٢).

السمة الأساسية في هذا الاضطراب هي نمط من السلوك الرافض العدواني المتحدي الاستفزازي الفوضوي المستمر الذي يتجاوز بوضوح الإطار الطبيعي لسلوك طفل في العمر نفسه، ومن نفس السياق الثقافي والحضاري

والذي لا ينطوي علي انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين ... كما هو الحال في اضطراب المسلك، ويميل المصابون بهذا الاضطراب إلي :

١. تحدي طلبات أو أوامر الراشدين ويغضبون الأشخاص الآخرين عن عمد .

٢. التأخر في اداء المهام والتلكوء في تنفيذ ما يطلب منهم .

٣. ممارسة الطفل سلوكيات غير لائقة مثل الاصرار علي كشف عورته امام الاخرين و التلفظ بالفاظ بذيئة .

٤. الغضب لاتفة الاسباب .

٥. تعدي الطفل علي الاخرين وتجاوز حدودة.

٦. رفض التفاوض او التنازل عن اي شئ يعتقده و المصالحة مع اخوته او الاخرين[٦٣] .

٧. ويظهر هذا السلوك عادة أثناء التفاعل مع أشخاص مألوفين لهم ، بينما قد يخفون هذا السلوك في المواقف الرسمية كالمقابلة الإكلينيكية[٦٤] .

ويميل هؤلاء الأفراد عادة إلي الغضب والانفعال بسهولة في مواجهة أفعال الآخرين ثم يلومون هؤلاء الآخرين علي ما قاموا به هم أنفسهم ويتميزون بانخفاض عتبة تحمل الإحباط لديهم مع سرعة الاستثارة يصاحب هذه الصورة اعراض من نقص اعتبار الذات وعدم تحمل الاحباط و الانفجارات المزاجية ، وقد يسرف في تعاطي المواد ذات المفعول النفسي مثل الحشيش و الكحول كما يتعاطى التبغ و هو ما يزال طفلاً ، إضافة إلي اعراض اضطراب نقص الانتباه مفرط الحركة [٦٥] .

٥- المحكات التشخيصية لأضطراب العناد المتحدي :

أ- نمط من السلوك السلبي العدائي المعارض يمتد علي الأقل ستة شهور توجد خلال هذه الفترة اربعة أو اكثر من الأعراض التالية :

١. يفقد مزاجه غالباً.

٢. يجادل الكبار عادة .

٣. يتحدى أو يرفض إطاعة طلبات الآخرين أو أوامرهم غالباً.

٤. يزعج الآخرين عن قصد غالباً .

٥. يلوم الآخرين علي أخطائه أو تصرفاته الخاطئة غالباً.

٦. سريع الغضب وسهل الانزعاج بواسطة الآخرين.

٧. يغضب ويعاند غالباً .

٨. حاقد ومحب للانتقام غالباً.

(ويجب ملاحظة أن هذا المحك يكون مستوفياً فقط إذا حدث السلوك بشكل أكثر تكراراً عن ذلك الملاحظ لدي الأفراد المماثلين للشخص في العمر والمستوي الارتقائي).

(ب) يسبب هذا الاضطراب اختلالاً إكلينيكيا جوهرياً في الأداء الاجتماعي والأكاديمي أو المهني.

(ج) لا تحدث هذه السلوكيات بشكل بارز اثناء مسار اضطراب ذهاني أو اضطراب في المزاج.

(د) الاستوائي الشخص المحكات التشخيصية لاضطراب المسلك ، وإذا كان العمر ١٨ سنة أو اكثر ينبغي ألا يستوفي محكات تشخيص الشخصية المعادية للمجتمع[٦٦] .

٦- خصائص الطفل ذو اضطراب العناد المتحدي:

١- التفكير الرجعي والصلب الذى يصعب معه التكيف فى المواقف الجديدة .

٢- الغضب والتصرفات السلبية .

٣- صعوبة فهم وترجمة المشاعر والمواقف الاجتماعية .

٤- الحساسية الزائدة التى تؤدى الى الضيق والغضب والانزعاج .

٥- التفكير السطحى غير المتأنى .

٦- يتسم الطفل بأنه سلبى وغير متعاون[٦٧] .

٧- يتغير من الرضا إلي الغضب في لحظة.

٨- يقاوم الأمور الحتمية مثل الذهاب إلي النوم، الذهاب إلي المدرسة، أو القدوم إلي الطاولة في أوقات الوجبات.

٩- يصر علي اللعب بطريقته الخاصة مع الأصدقاء.

١٠- يجادل بصخب عند قيامه بأداء المهام البسيطة أو الضخمة، طالما أنها أشياء لا يريدون القيام بها.

١١- يمكن أن يكذب أو أن يخدع لمجرد الهروب مسئولية ما يقوم به.

١٢- يحب تذكر الأشياء للأشخاص بدلاً من أن ينسوا الإهانات البسيطة.

١٣- يغضب بسهولة.

١٤- قد يبدي العدائية تجاه ناس معينين دون سبب واضح.

١٥- يتجاهل الطلبات.

١٦- عصيان متعمد لوالديهم وغيرهم من البالغين في بعض الأحيان.

١٧- تحطيم القواعد دون تمييز.

١٨- يزعج أو يتهكم علي الناس، علي ما يبدو من اجل المتعة.

١٩- مقاومة إيقاف اللعب.

٢٠- لا يستطيع التحكم في أعصابه بالمقارنة مع الأطفال الآخرين من نفس العمر.

٢١- غالباً ما يحطم الأشياء من الغضب.

٢٢- يمكن أن ينغمس في السلوك المدمر للذات Self-Destructive Behavior مثل حبس أنفاسهم أو ضرب رأسهم.

٢٣- إظهار القليل من الاحترام أو الاعتبار للوالدين وخصوصاً الأم[٦٨].

كذلك من الخصائص السلوكية المميزة للأطفال اضطراب العناد المتحدى:

١. عصيان التوجيهات والتعليمات.

٢. عدم الرغبة فى التصالح أو الاستسلام أو التفاوض أو التفاهم مع الكبار أو الأقران.

٣. الاختبار المستمر للحدود، وذلك عادة عن طريق تجاهل الأوامر.

٤. التجادل (المناقرة).

٥. التخاذل عن تقبل اللوم علي ما يصدر عنه من سيئ الأفعال.

٦. توجيه العداوة نحو الكبار أو الأقران، وتظهر فى تعمد مضايقة الآخرين أو فى العدوان اللفظي.

٧. تبرير السلوك، فهؤلاء الأفراد من ذوي هذا الاضطراب عادة لا يعتبرون أنفسهم على أنهم أشخاص مناهضون أو معارضون، ولكنهم يبررون سلوكهم علي انه رد فعل للمطالب أو الظروف غير المقبولة.

وبالأضافة لذلك يصبح لدى أطفال اضطراب العناد المتحدى ما يلى:

- مستوى مرتفع من القلق والاكتئاب.
- مشكلات اجتماعية متعددة خاصة مع الأقران.
- مشكلات فى النجاح المدرسى.
- مشكلات اسرية .
- مشكلات انفعالية[٦٩].

ولا يتوقف الأثر السلبى لاضطراب العناد المتحدى على الطفل فقط بل يمتد على الأسرة ككل، فقد وجد أن وجود طفل يعاني من اضطراب العناد المتحدى داخل الأسرة يؤدى إلى:

١. خلافات على الدور الوالدى.

٢. يلوم كلا منهم الأخر.

٣. إلقاء اللوم على الأخر عند حدوث أي مشكلة.

٤. زيادة مستوى الضغوط داخل الأسرة.

٥. عرقلة الممارسات العقائدية.

٦. ضعف في التواصل.

٧. النشاط الاجتماعي المقيد.

٨. مستويات متزايدة من الضيق والاستياء.

ويدور في خلد أطفال اضطراب العناد المتحدى الأفكار التالية:

أ. على الآخرين معاملتهم بعدالة حتى لو أنهم قاموا بعكس ذلك في المقابل.

ب. يعتقدون أنهم يمكنهم الدفاع عن أنفسهم ضد ممثلى السلطة.

ج. يعتقدون أنهم يمكنهم مقاومة ممثلى السلطة.

د. يفشلون في التعلم من خبراتهم.

هـ. لديهم على الأقل بعض الأمل في الفوز، مما يشجعهم على الاستمرار في الحديث مع الكبار.

و. هم بحاجة إلى الشعور بأنهم أقوياء.

ز. يسعون للانتقام عندما يتم إغضابهم(٧٠).

وتضيف موسوعة صحة الطفل أن أطفال اضطراب العناد المتحدى يتميزون ببعض الصفات التالية:

أ. مشكلات انفعالية.

ب. حركة زائدة.

ج. انخفاض تقدير الذات.

د. تقلبات في الحالة المزاجية.

هـ. الإصابة بالاحباط.

و. صراع مع الوالدين.

ز. صراع مع المعلم.

ح. صراع مع الأصدقاء.

ط. فى مراحل متأخرة للنمو قد يدخنون او يتعاطون الكحل او المواد المخدر[٧١].

٧- مظاهر اضطراب العناد المتحدي :

إن اضطراب العناد المتحدى أحد الاضطرابات السلوكية التى تظهر فى مرحلة الطفولة وتؤثر أعراضها على الجوانب الملموسة فى حياة الطفل[٧٢]. فهؤلاء الأطفال يتميزون بمجموعة من الخصائص مثل التهور، العصبية، الانفعالات السلبية، القلق، وبعض مظاهر العدوان، القصور في القدرة علي تنظيم الذات self Regulatory، ضعف القدرة على الاستبصار لإجراء عملية التقييم الذاتى، الرغبة الشديدة فى جعل ممثلى السلطة يشعرون بأنهم مخطئين، ضعف القدرة على تحمل المسئولية، توتر فى تعاملاتهم مع المعلمين مما يؤدى بالمعلمين إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو هؤلاء الأطفال وكذلك التفرقة بينهم فى طريقة المعامل، تزايد حدة الغضب، قصور فى الوظائف الاجتماعية، إرتفاع درجة القلق وقلق الإنفصال بالمقارنة مع الأطفال الآخرين، رغبة مرتفعة فى الحصول المكافئات بالمقارنة مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء، توتر العلاقات مع الوالدين والمعلمين وزملائهم، ارتفاع الحالة المزاجية السلبية والعدائية، أعراض العصابية مثل الاكتئاب والقلق والعصابية[٧٣].

فهؤلاء الأطفال لديهم صعوبات فى كلا من التنظيم الأنفعالى المتمثل فى انخفاض مستوى الضبط الانفعالى، وصعوبات فى التحكم فى الغضب، وزيادة فى مستوى الانفعال، وكذلك لديهم صعوبات فى عمليات معالجة المعلومات المتمثلة فى تفسير المثيرات على أنها تهديدات، واستجابات عدوانية، والميل نحو التوجهات السالبة، وعدم الرغبة فى استنتاج حلول ايجابية للمشكلة، أيضا لدى هؤلاء الأطفال صعوبات فى عمليات الضبط الوالدى المتمثلة فى أنماط مرتفعة من

الضبط الوالدى، بالأضافة إلى صعوبات فى التعبير الوالدى عن الانفعالات المتمثلة فى انخفاض فى مستوى التعبير عن المشاعر، وارتفاع فى مستوى إدراك الأطفال للرفض الوالدى(٧٤) .

فما يقرب من ٩٠٪ من أطفال اضطراب العناد المتحدى يعانون صعوبات انفعالية في جوانب حياتهم من حيث العلاقة مع أسرهم أو أصدقائهم أو فى المدرسة، وذلك بدرجة اكبر من الاضطرابات الأخرى(٧٥). وينعكس سلوك اضطراب العناد المتحدى بالسلب على الوالدين فى عملية التواصل، والرعاية والإشراف على سلوكهم، وفشل محاولات الاقتراب من الطفل، والتداخل معه فيما يقوم به من مهام، بالإضافة إلى فشل عملية تهذيب الطفل(٧٦) ، مما يؤدى إلى قيام الطفل بسلوك العدوان داخل المنزل، ثم يتم بعد ذلك تعميمه هذا السلوك خارج المنزل(٧٧) ، ويتشابه اضطراب العناد المتحدى مع اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder من حيث حالة الاهتياج والغضب التى يدخل فيها الطفل، فهو يمثل منبىء لاضطراب الشخصية الحدية(٧٨) ، فهو اضطراب مرتبط بالسلوك العدوانى لدى الأطفال والمتمثل فى الضرب والركل وغيرها من أشكال العدوان التى تسمى السلوك التخويفى(او المتنمر Bullying Behavior(٧٩).

ومن تلك السلوكيات سلوك العناد، فالعناد ظاهرة منتشرة في سلوك بعض الأطفال، وفيه لا ينفذ الطفل ما يؤمر به، أو يصر علي تصرف ما، ربما يكون هذا التصرف خطأ أو غير مرغوب فيه، وهذا السلوك من جانب الطفل يتخذ كتعبير منه لرفض رأي الآخرين مثل الوالدين أو المعلمة أو المربية أو المشرفة، ويتميز هذا العناد بالإصرار وعدم التراجع حتى في حالة الإكراه والقسر ويبقي محتفظاً بموقفه(٨٠).

يتم تحديد اضطراب العناد المتحدى من خلال أنماط السلوك مثل المجادلة، الغضب، التحدي، والعدوان التى تستمر لمدة ستة اشهر سابقة.

ويسبب ضرر في العلاقات الاجتماعية مع البالغين والأقران(٨١). فهو نمط من سلوك العدائية وسرعة الأنفعال والمعارضة عند الطفل يكون بدرجة ترتفع

عن أقرانه ممن هم فى نفس مرحلة النمو[٨٢]، فهو عبارة عن أنماط من سلوك السلبية والعدائية والتحدى الخارجة عن السلوك الطبيعى للأطفال فى نفس العمر والسياق الثقافى الاجتماعى[٨٣].

ويتميز اضطراب العناد المتحدي حسب درجة شدته الي :

١- **خفيف** : إذ تكون الاعراض قليلة تفي بالتشخيص ، والاعاقة الناشئة عن الاضطراب طفيفة

٢- **متوسط** : وهو الوسط بين الشديد والخفيف من حيث الاضطراب والاعاقة.

٣- **شديد** : إذ توجد أعراض عديدة والاعاقة مشوهة لأدائة الاجتماعي والمدرسي مع الرفاق والكبار .

ويلزم تمييز اضطراب العناد عن مما يلي:

- **اضطراب السلوك** : كثيراً ما يوجد مصاحباً لاضطراب العناد ولكن فيه انتهاك لحقوق الاخرين **اضراب ذهاني** : قد تلاحظ فيه اعراض العناد خاصة في المرحلة المنذرة وتشحيص الاضطراب الذهاني يجب ان يلغي تشحيص اضطراب العناد .
- **اضطراب دسثيميا Dysthmia** :وهو الاكتئاب الذي يوجد فيه ملامح اضطراب العناد[٨٤].

٨- المسار الطبيعي لاضطراب العناد المتحدي:

يوضح الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية المعدل أن اضطراب العناد المتحدى يلاحظ قبل سن الثامنة لكن لا يستمر إلى ما بعد مرحلة المراهقة المبكرة، وتظهر أعراض العناد بشكل كبير في المحيط المنزلي ولكن مع مرور الوقت يمكن أن تظهر في الأوضاع الأخرى، كذلك فإن ذلك الاضطراب لا يتم تشخيصه قبل سن الثانية[٨٥] وتظهر أعراض اضطراب العناد المتحدى لدى الأطفال على مراحل مختلفة، فسلوك "المجادلة مع الآخرين" لدى أطفال العناد المتحدى يصبح أكثر شيوعاً مع التقدم فى العمر، فى حين انه لا يوجد تحديد دقيق لظهور سلوك "سرعة الغضب" لدى الطفل كمحدد لهذا الاضطراب، أما

أعراض سلوك "إزعاج الآخرين" فإنه يصبح أقل شيوعا مع تقدم عمر الطفل[٨٦]. فى حين يظهر التصلب فى متوسط عمر الثلاث سنوات، والتحدى ونوبات الغضب فى عمر الخامسة، والمجادلة فى عمر السادسة، أما محاولة الكذب ففى عمر الثامنة، والسلوك العدوانى (الضرب، العض، تحطيم الأشياء) غالباً ما يظهر بين عمر الثلاثة إلى الثمانية سنوات[٨٧] . و يصنف Griffin مراحل نمو اضطراب العناد المتحديإلى مرحلتين هما:

١ـ نمو سلوك العناد في مرحلة الطفولة المبكرة (١ـ٦ سنوات):

يكون سلوك العناد شائع في مرحلة الطفولة المبكرة، فهو ليس سيئاً دائماً. فعملية ضبط السلوك ليس سمة متأصلة لدى الأطفال، فهى مهارة متعلمة، والأطفال الذين لديهم أنماط سلوكية معروفه بسهولة التكيف، والحالة الانفعالية الايجابية، وعدم التصلب يمكن أن يتعلموا عملية ضبط السلوك بمجهود أقل من خلال الوالدين والمعلمين، فى حين أن بعض الأطفال الآخرين يتعلمون ببطيء وهنا يظهر لديهم سلوك العناد فى المنزل مثل تدمير الأشياء.

٢ـ نمو سلوك العناد في مرحلة الطفولة المتأخرة (٧ـ١٢ سنوات):

أما فى هذه المرحلة يتسع المحيط الاجتماعي للأطفال، وتتقلص إمكانية الضبط المباشر من قبل الوالدين، وبمعني أخر، تتزايد العلاقات الاجتماعية الهامة لدى الأطفال خارج نطاق المنزل والأسرة، ونتيجة للتأثيرات الاجتماعية التى تتنافس مع تأثيرات الوالدين تتصاعد احتمالية المعارضة لسلطة الوالدين، ونتيجة للنمو واتساع بيئة الطفل، فإن العناد قد يحدث خارج المنزل مثل انخفاض المستوى الدراسى، خرق القواعد المدرسيةالتدخين و الشرب المبكر للخمور والادمان[٨٨] ، و انتهاك القواعد الاجتماعية وهنا يتطور ذلك السلوك ليصبح اضطراب العناد المتحدى[٨٩]. لذا من الافضل تشخيص اضطراب العناد المتحدى فى مرحلة الطفولة المتأخرة[٩٠].

كذلك فقد أشار Matthys & Lochman (2010) إلي أن نمو اضطراب العناد المتحدى يبدأ في السنوات الأولي لمرحلة الطفولة، حيث ما بين ١.٥ -٣ سنوات يمكن أن يظهر الطفل مشكلات سلوكية مثل الضجر والسلبية وحدة

الطباع كخصائص مزاجية، وفي مرحلة ما قبل المدرسة (٣-٦ سنوات)يمكن أن تتطور تلك المشكلات السلوكية إلى اضطراب العناد المتحدى.

ووفقاً لذلك نخلص أن اضطراب العناد المتحدى يستمر في علمية النمو لدى الطفل، ويتخذ أشكال متعددة، ويعتمد ذلك علي السلوك المعبر عن العناد، فبعض أشكال العناد تظهر في الغضب، والامتناع عن تنفيذ الأوامر، المجادلة الخ. ولا يقتصر عناد الطفل داخل الأسرة وإنما قد يظهر خارج الأسرة، وتزداد حدة الاضطراب عندما يدرك الطفل انه في عملية تحدى للسلطة المفروضة سواء داخل أو خارج المنزل[٩١].

ويظهر اضطراب العناد المتحدى عادة واضح قبل سن الثامنة وعادة لا يتأخر الى سن المراهقة المبكرة وتظهر اعراضه فى محيط الاسرة ولكنها مع الوقت سرعان ما تمتد الى تفاعلات الطفل مع الكبار او الاقران الذين يعرفهم فى الاماكن المختلفة . وهذا ما يجعل هذا الاضطراب غير واضح في المقاييس الاكلينيكية ولان سلوك العناد صفة عابرة ومشتركة فى مرحلتى ما قبل المدرسة و المراهقة لذا يجب الحذر من تشخيص الاضطراب فى اثناء هذه المراحل النمائية[٩٢].

وتشخيص اضطراب العناد المتحدى مستقر نسبياً الا ان معظم الاطفال بعد مضى ثلاث سنوات تتطور اعراض اضطراب العناد المتحدى لديهم الى اضطراب المسلك الى ان تنتهى باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع حيث ان الاطفال ذوى الاضطرابات العناد المتحدى لديهم احتمال للتطور الى اضطراب المسلك تعادل ثلاث اضعاف الاطفال العاديين وهذا بالاضافة الى احتمال ظهور اضطراب المزاج و القلق و عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد مع تقدم العمر[٩٣]

٩- انتشار اضطراب العناد المتحدي:

أوضح الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية أن معدل انتشار اضطراب العناد ما بين ٢٪ إلي ١٦٪، ويعتمد ذلك علي طبيعة العينة وطريقة التحقق[٩٤]. ويرى زكريا الشربينى (١٩٩٤) [٩٥] أن اضطراب العناد المتحدى ينتشر بين الأطفال في المدرسة الابتدائية بنسب تتراوح بين ١٥٪ إلي ٢٢٪، فى حين

يرى Shaner(2000)[٩٦] أن اضطراب العناد المتحدى يمثل ١٠٪ من الأطفال فى مرحلة المدرسة، ويضيف لطفى الشربينى (٢٠٠٢) [٩٧] أن اضطراب العناد المتحدى يحدث فيأطفالالمدارسبنسبة٢٢٪حيث تبدأمظاهر هذا الاضطراب فى ظهور في الطفولةأوالمراهقة.

كذلك أشارت بعض الدراسات إلي أن اضطراب العناد المتحدى يمكن أن يكون مصاحب لاضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة من حيث الأنتشار، فقد خلص Brown et al (2001) [٩٨] أن اضطراب العناد المتحدى يكون مصاحباً لاضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه بنسبة ٣٥٪، فى حين أشار Angold&Costello (1996)[٩٩] إلى أن ٦٠ ٪ من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد المتحدى لا يصاحبهم اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة.

كذلك فقد خلص Lahey& Loeber (1997)[١٠٠]، إلى أن ٨٠٪ من الأطفال ذوى اضطراب المسلك تم تشخيصهم سابقاً باضطراب العناد المتحدى، كذلك أشار Loeber& Lahey (1994)[١٠١] أن ٤٠٪ من أطفال اضطراب العناد المتحدى لم يتطور الاضطراب لديهم إلى اضطراب المسلك، ويضيف Anne & Kathryn (2007) [١٠٢] فى الدراسة التى حاولت الكشف عن معدل انتشار اضطراب العناد المتحدى فى مقابل الاضطرابات الأخرى لدى عينة أطفال مؤسسة تينيس Tennessee's Medicaid System أن اضطراب العناد المتحدى يمثل ثلث الاضطرابات الشائعة.

جدول (٢) [١٠٣]

نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى في بعض الدراسات السابقة

اسم الباحث	متوسط العمر		عدد العينة	نسبة الانتشار ٪
Anderson et al (1987)	١١		٧٩٢	٥,٧
Costello et al (1997)	١٠-١٤		٣١٧	٣,٨
	١١-١٥		٣٠٤	٢
Carlson et al (1997)	٦-٩		٢٩٨٤	٦,٨
Breton et al (1998)	٦-٨		٢٤٠٠	٢,٦
	٩-١١			٢,٦
	١٢-١٤			٣
	٦-١٤			٢,٧
American Psychiatric Association (2000)	مرحلة الطفولة		لم تذكر	١٦
Doidge et al (2002)	متوسط ٣٥	الولايات المتحدة	٩٤٠	٣,٦
		كندا	٥٨٠	٣,١
		استراليا	١٩٨	٥,١
Ford et al (2003)	٥-١٥		١٠٤٣٨	٢,٣
Costello et al (2003)	٩-١٣		١٤٢٠	٢,٦
Ersan et al (2004)	٦-١٥		١٤٢٥	١١
Maughan et al (2004)	٥-١٥		١٠٤٣٨	٢,٣
Nock et al (2007)	١٨+		٣١٩٩	١٠,٢
Bufferd et al (2011)	قبل المدرسة		٥٤١ والد	٩,٤
Moreno& del Río (2011)	١٢-١٦		٢٣٥١	٣,٨٣
Gomez et al in press	٦-١٢	تقدير الوالدين	٩٣٤	٣,١٠
		تقدير المعلم		٣,٨٥

وتتفاوت معدلات أنتشار اضطراب العناد المتحدى وفقاً لعدد من الدراسات كما هو موضح بالجدول (٣) الذى يوضح النسب المختلفة لانتشار اضطراب العناد المتحدى، وقد انتهى كلا من Lumley et al (2002); Lavigne et al (2009) إلى أنه لا توجد فروق فى نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين الذكور والإناث فيما بين عمر السنة إلى ثمانى سنوات، فى حين وجد أن الذكور أكثر من الإناث فيما يتعلق بالسلوك المخرب فى المراحل اللاحقة للنمو[١٠٤].

وتقدر نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بحوالى من ٢:١٦٪ معتمدة على طبيعة العينة وطريقة القياس و نجدة أكثر انتشار بين الذكور عنه فى الاناث قبل سن البلوغ و تتساوى النسبة بعد سن البلوغ[١٠٥] .

وقد يرجع هذه الاختلافات فى نسبة الانتشار بين الذكور والاناث الى ان الاناث تظهر تعاطف واحترام و شعور بالذنب أكبر من الذكور عند انتهاك القواعد و ايذاء الاخرين مما يحميهن بشكل مؤقت من التشخيص باضطراب العناد المتحدى[١٠٦] ، الا ان هذا التعاطف و الاحترام و الشعور بالذنب يقل بتقدم العمر و هذا ما يفسر تقارب النسبة بين النوعين فى مرحلة المراهقة هذا بالاضافة الى تقدم الاناث على الذكور فى التفاعلات الاجتماعية و مهارات الاتصال كما أنه لا يمكن تجاهل دور الهرمونات الجنسية فى ذلك[١٠٧] .

ويختلف انتشار اضطراب العناد المتحدى باختلاف العمر الزمنى حيث تبلغ نسبة انتشاره من (٤:٩٪) فى سنوات ما قبل الدراسة أما فى أطفال المدرسة الابتدائية فنسبة انتشاره تتراوح بين (٦:١٢٪) وتزيد عن ١٥٪ فى مرحلة المراهقة[١٠٨] .

ونجده أكثر انتشاراً لدى الاسر التى يسود بها خلافات اجتماعية حادة و الاسر ذات المستويات الاجتماعية و الاقتصادية المنخفضة أما نسبة انتشاره فى الريف مقارنة بالحضر فغير ثابتة[١٠٩]

كما نجد أن ٣٦٪ من الاناث و ٤٦٪ من الذكور ذوى اضطراب العناد المتحدى لديهم اضطرابات اخرى فى حين أن ٣٥٪ ممن لديهم اضطراب العناد المتحدى يتطور الى اضطرابات انفعالية و ٢٠٪ الى اضطرابات مزاجية و ١٥٪ الى اضطرابات الشخصية[١١٠]

بينما يرى ستانسين(Stansien، 91 : 2005) ان ٢٢٪ من اطفال المحالين الى العيادات النفسي يعانون من اضطراب العناد المتحدى [١١١].

وترى فراستر واخرون (Fraser etal، 2008) ان نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى تتراوح بين ٦:١٠٪ فى عينات المجتمع وما بين ٥:١٠٪ لدى الاطفال بعمر ٨:١٦سنة اما فى المجتمع الاسترالى فتقدر بحوالى ١٦٪ [١١٢].

بينما يقدر ديلاونى واخرون (Delaunay etal، 2005) نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين الاطفال ما بين ٥:١٠٪ وطبقاً لتقدير قسم خدمات الطفل و الشباب و الاسرة بنيوزيلاندا تتراوح نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين الاطفال ما بين ١:٦٪ [١١٣].

*طبقاً لتقدير قسم خدمات الطفل و الشباب و الأسرة بنيوزلندا تتراوح نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين الاطفال ما بين ١:٦٪ [١١٤].

وتوصلت دراسة ماثيو وآخرون (Matthew etal، 2007) الى ان نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين الاطفال تبلغ ١٠.٢٪ حيث تبلغ نسبة ١١.٢٪ بين الذكور و ٩.٢٪ بين الاناث [١١٥].

وتتراوح نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدي بين اطفال الولايات المتحدة الامريكية ما بين ٢ :١٦٪.

وتوصل نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى بين اطفال المدارس الابتدائية بتركيا الى ١١.٥٪ (Ersan etal، 2004) [١١٦].

والمعتاد أن يبدأ اضطراب المعارضة المتحدية قبل عمر ٨ سنوات ولايتأخر عادة عن المراهقة المبكرة وتبدأ أعراض الاضطراب في المنزل عادة ولكن مع مرور الوقت قد تنتقل إلي مواقف أخري ويكون الحدوث متدرجاً وربما استغرق مسار الاضطراب عدة شهور أو سنوات وفي نسبة جوهرية من الحالات يكون هذا الاضطراب مقدمة لاضطراب المسلك [١١٧].

جدول رقم (٣)

ملخص نسب انتشار اضطراب العناد المتحدى (١١٨)

م	الباحث	السنة	الفئة المستخدمة	نسبة الانتشار
١	تقرير الجمعية الامريكية للطب النفسي	٢٠٠٠	عينات المجتمع	١٦:٢٪
٢	دراسة ستيلفيرثورن Silverthorn	٢٠٠١	ما قبل المدرسة المرحلة الابتدائية مرحلة المراهقة	٩:٤٪ ١٢:٦٪ ١٥٪ فأكثر
٣	تقرير قسم خدمات الطفل والاسرة	٢٠٠٢	أطفال نيوزيلاندا	٦:١٪
٤	دراسة ايرسان واخرون Ersan etal	٢٠٠٤	أطفال تركيا	١١.٥٪
٥	دراسة ستانسين Stancin	٢٠٠٥	نزلاء المصحات	٢٢٪
٦	دراسة ماثيو واخرون Matthew etal	٢٠٠٧	الأطفال	١٠.٢٪
٧	دراسة فراستر واخرون Fraser etal	٢٠٠٨	أطفال استراليا	١٦٪
٨	تقرير الجمعية النفسية الامريكية	٢٠٠٨	أطفال أمريكا	١٦:٢٪

توصيات الاكاديمية الامريكية لعلم نفس الطفولة والمراهقة :

١- الجمع بين علاج الطفل واسرته هو اساس لتشخيص وعلاج ناجح لاضطراب العناد المتحدى مع مراعاة ان يكون هذا العلاج لكل من الوالدين والطفل منفصلين .

٢- يجب مراعاة القضايا الثقافية فى تشخيص وعلاج اضطراب العناد المتحدى حيث أن الانتماءات العرقية المختلفة لا تشترك فى خلفياتها الثقافية .

٣- تقييم اضطراب العناد المتحدى يجب أن يتضمن معلومات مشتقة مباشرة من الطفل والوالدين والمعلم ومقدم الرعاية .

٤- مراعاة الاضطرابات النفسية الاخرى التى تتداخل مع اضطراب العناد المتحدى مثل اضطراب المسلك او عجز الانتباه المصحوب النشاط الحركى الزائد حيث تؤدى الى مزيد من العدوانية والرفض والاصرار .

٥- جمع المعلومات من مصادر متعددة ومستقلة مع الملاحظة المستمرة للسلوك .

٦- استخدام ادوات لقياس ذات ثقة ودرجتى ثبات وصدق عالية عند التقييم وفى تتبع التقدم فى العلاج.

٧- لابد من تطوير خطة علاجية تعتمد على التفاصيل المحيطة بالطفل بهدف تعديل السلوك غير المناسب.

٨- تقديم علاج والذى اكثر الطرق فاعلية فى تقنيات تدريب الوالدين على الادارة معتمدة على :

- تحديد السلوك السلبى.
- تعزيز السلوك الايجابى .
- استخدام تقنيات العقاب الفعالة مع السلوك السلبى.
- التعزيز الفورى للاستجابة والسلوك المرغوب.

٩- قد يكون العلاج الطبيوالدوائى عامل مساعد فى نجاح علاج اضطراب العناد المتحدى.

١٠- لابد ان يكون العلاج فعال ومجدى حتى لا يتطور الاضطراب الى اضراب المسلك .

١١- بعض فنيات العلاج لا تكون فعالة مثل العلاج بالصدمة والعلاج بالتحليل النفسى والعلاج قصير المدى[١١٩].

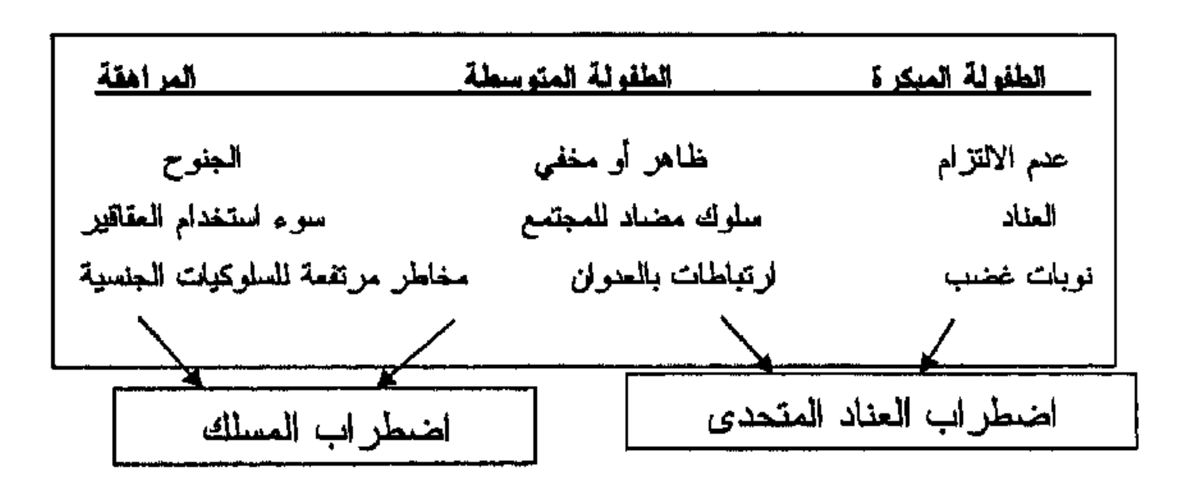
١٠ ـ اضطراب العناد المتحدي في مقابل الاضطرباتالاخري :

التشخيص الفارق لاضطراب العناد المتحدى:

١ـ اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك:

بالنظر إلي الدليل التشخيصي لتصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية نجد أن كلا الاضطرابين تم تصنيفهم تحت فئة الاضطراب الفوضوى، ونجد أن ذلك التصنيف راجع إلى السلوك المخرب الذي يظهر في سلوك الفرد بدلاً من الأعراض الداخلية المصاحبة للتشخيص، فاضطراب العناد المتحدى يمثل المسار الأساسي لنمو اضطراب المسلك لدى الفرد ويؤدى ذلك بدوره إلى أن يتطور ليصبح اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع[١٢٠].

فاحتمالية تطور اضطراب العناد المتحدى لدى الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى ليصبح اضطراب المسلك تتضاعف إلى نسبة ٤ : ١ بالنسبة للأطفال العاديين، ويمثل الشكل (٣) المسار الذي يتخذه النمو لدى الفرد ليصبح شخصية مضادة للمجتمع، حيث يوضح العلاقة بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك[١٢١].



شكل (٦)

نمو اضطراب العناد المتحدى من الطفولة إلي المراهقة

بالأضافة لذلك نجد أن بعض الدراسات الأخرى خلصت إلي انه لا يوجد ارتباط بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك، أى أن اضطراب

العناد المتحدى لا يمثل منبئ لاضطراب المسلك [١٢٢] ،كذلك فقد وجد تداخل بين الاضطرابين بدرجة كبيرة وما يرتبط بهم من عوامل مؤثرة تتسبب فى نشأة الاضطرابين لدى الأطفال[١٢٣]

ويرى O'Reilly، ان هناك عاملان متداخلان بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلكيتمثلان فى العدوان والكذب، فكلا من العاملان يشتركان فى المعايير التشخيصية للاضطرابين[١٢٤].

فاضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك يشملان أنماط سلوكية تؤدى إلي ضرر في الوظائف الاجتماعية، والأكاديمية أو في المجالات المهنية فى حالة المراهقين[١٢٥] ، فما يقرب من ١٠٪ من الأطفال الذين لديهم اضطراب العناد المتحدى يمكن أن يكون لديهم اضطراب المسلك[١٢٦].

وإذا تم النظر إلى الفروق بين الاضطرابين، فنخلص منها إلي فروق بينه، فبالنظر إلي معايير تصنيفDSM-IV-TR، نجد أن معايير اضطراب العناد المتحدى تختلف عن معايير اضطراب المسلك، حيث نجد أن معايير التشخيص الأساسية تنظر للاضطراب كنموذج من السلوك التكرارى والمستمر تنتهك فيه حقوق الآخرين الأساسية أو القواعد الاجتماعية الأساسية المناسبة لسن الشخص أو القوانين، حيث العدوان على الناس والحيوانات، انتهاكات خطيرة للقواعد[١٢٧].

أى أن اضطراب العناد المتحدى لا يتضمن خرق للقواعد والنظم الاجتماعية للمجتمع[١٢٨]، كذلك إذا نظرناً إلي تصنيف منظمة الصحة العالمية لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية فبالرغم من تصنيف اضطراب العناد المتحدى في فئة اضطراب المسلك، فنجد أنّ التصنيف في تشخيصه لاضطراب العناد المتحدى أشار إلي أن سلوك الطفل لا يتضمن انتهاكات خطيرة لحقوق الآخرين كما هو مشار إليه في السلوك العدواني وغير اجتماعي المحدد في الفئة F91.0& F91.1 وهو يعني هنا اضطراب المسلك[١٢٩]. فاضطراب العناد المتحدى يحدث فى مرحلة الطفولة المبكرة، فى حين أن اضطراب المسلك يحدث فى نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة[١٣٠]

كذلك فإن أطفال اضطراب العناد المتحدى لديهم درجة مرتفعة في اكتساب وتقييم المعلومات الجديدة في الأنماط العملية بدرجة أكثر من أطفال اضطراب المسلك[١٣١] ، وما يميز اضطراب العناد المتحدى وجود بعض المشكلات السلوكية باستثناء العدوان، فقد ارتبط العدوان باضطراب المسلك العدواني، أيضا فقد خلصت النتائج إلي أن هناك فروق نوعية بين اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك فيما يتعلق بالمكون الاجتماعي لاضطرابات، حيث ارتبط سوء التفهم الاجتماعى باضطراب المسلك، حيث مثل سوء التفهم الاجتماعي منبئ لاضطراب المسلك. ويضيف أن سلوك اضطراب العناد المتحدى يظهر عادتاً فى سنوات مرحلة ما قبل المدرسة، ويرتبط بالمشكلات الانفعالية فى مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة، أما اضطراب المسلك فيظهر بعد ذلك كنتيجة لاضطراب العناد المتحدى[١٣٢].

فأطفال اضطراب المسلك لديهم ارتباط أقل بالأم، و لا يرغبون بوجود الأب بالمنزل ولديهم إحساس أقل بالندم بالمقارنة مع أطفال اضطراب العناد المتحدى[١٣٣]

وبذلك نخلص إلي أن اضطراب العناد المتحدى اقل من حيث شدة العدوان علي البيئة، كذلك فإن الاضطراب لا يتضمن العدوان الموجه نحو الأشخاص آو الحيوانات، تدمير الممتلكات، وأشكال السرقة والخداع، أيضا فان اضطراب المسلك يظهر فى مراحل النمو المتأخرة.

وهناك جدل كبير حول كون اضطراب العناد المتحدى كيان تشخيصي منفصل عن اضطراب المسلك وبالرغم من ان الدراسات التجريبية فى ضوء المعايير التشخيصية فى الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع المراجع للامراض العقلية DSM-IV-TRتشير الى أن معظم الاطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى قبل مرحلة البلوغ تنطبق عليهم ايضاً معايير اضطراب المسلك وان كلا الاضطرابين يشتركا فى العديد من الاسباب مثل انخفاض المستوى الاجتماعى والاقتصادى وسلوك الوالدين المضاد للمجتمع واساليب التنشئة الاسرية اللاسوية الا انه هناك العديد من الاسباب التى تجعل كلا الاضطرابين كيانين

منفصلين حيث يبدو اضطراب المسلك اكثر عدوانية وعدائية نحو البيئة فسلوك الاطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى لا يتضمن العدوان على الانسان او الحيوان او تدمير الممتلكات العامة او انماط السرقة والخداع، كما ان هناك مجموعة كبيرة من الاطفال التى تنطبق عليهم اعراض اضطراب العناد المتحدى لا تنطبق عليهم اعراض اضطراب المسلك ، بالاضافة الى ان اعراض اضطراب العناد المتحدى اكثر انتشاراً فى مرحلة ما قبل المراهقة عن اضطراب المسلك، وايضاً هناك اطفال ذوى اضطراب المسلك فى مرحلة المراهقة الا انهم لم يصابوا باضطراب العناد المتحدى في مرحلة الطفولة، وتشير الدراسات الي ان اضطراب العناد المتحدى كيان تشخيصى منفصل عن اضطراب المسلك واخيراً بينما معظم اعراض اضطراب العناد المتحدى قليلاً ما تتنبأ بتشخيص اضطراب المسلك الا ان اعراض اضطراب المسلك ذات جدوى كبيرة فى التنبؤ بتشخيص العناد المتحدى .

٢ـ اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه:

يوجد تداخل كبير بين كلا من الاضطرابين، حيث اتجهت الدراسات في الأونه الأخيرة إلي توضيح العلاقة بين هذين الاضطرابين[١٣٤]. فقد أشارت عدد من الدراسات إلي أن عدد كبير من الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه تم تشخيصهم أيضاً علي أنهم يعانون من اضطراب العناد المتحدى[١٣٥] ، كذلك تشير تلك الدراسات إلى التداخل فى المعايير التشخيصية لكلا الاضطرابين اى أن أعراض ذلك الاضطراب متداخلة بقدر كبير مع اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، بالإضافة إلى أن هناك ارتباط بين حدوث الاضطرابين ببعضهم البعض[١٣٦] .

جدول (٤) [١٣٧]

التداخل بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الزائد

معدل التداخل مع اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه ADHD	أسئلة فحص العينة التى غالبا ما تكون متشابه
٣٥-٥٠٪	١-هل يتحداك بصراحة أنت أو المعلم، بقول "لا" أو بالتجاهل؟ ٢-هل يبدو عليه الانزعاج بسهوله؟ وما ترتيب الأشياء التى تضايقه؟ ٣-هل يزعج الأناس الآخرين بتصميمه؟ كيف؟ متي؟ ٤-هل يبدو غاضب، "حاد المزاج"، مستاء، أو مليء بالغيظ؟

ويظهر جدول (٤) مدى التداخل بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، حيث يوضح أن هناك معايير تشخيصية متداخلة يتم استخدامها لتشخيص الاضطرابين[١٣٨].

ويشخص اضطراب العناد المتحدى كاضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه بنسبة ٣٥٪[١٣٩]. فى حين تبلغ نسبة التداخل ما بين الاضطرابين ٤٠٪[١٤٠]. بالأضافة لذلك يكون اضطراب العناد المتحدى مصاحبا لاضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباهبنسبة أكبر من ٦٥٪. فى حين تبلغ نسبة التدخل فى التقديرات ما بين القائمين على تشخيص الاضطرابين بنسبة تتراوح من ٣٥٪ إلى ٥٠٪.[١٤١]

فهناك احتمال كبير أن يتم تشخيص اضطراب العناد المتحدى كاضطراب

النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، حيث أن ٥٥٪ من أطفال الولايات المتحدة الأمريكية الذين تنطبق عليهم المعايير الخاصة بتشخيص اضطراب العناد المتحدي (١٤٢).

كذلك فإن اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الذائد يمكن أن يمثل منبئ لاضطراب العناد المتحدى، وذلك راجع إلى إحساس الطفل بالرفض وعدم التقبل من الوالدين منذ الصغر (١٤٣). وفى المقابل فان اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك يمثلان منبئ لحدوث اضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الذائد (١٤٤).

ويمكن أن يظهر الاختلاف بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الذائد في بعض العوامل الإدراكيه (١٤٥) ، حيث نجد القصور في الوظائف التنفيذية Executive Functions مرتبط باضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، حيث فاعلية الذاكرة وتنظيم واستقبال المثيرات وإدراكها (١٤٦) ، أى أن اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه مرتبط بالوظائف المعرفية (الذاكرة العاملة، الذاكرة اللفظية والمكانية، الذاكرة طويلة المدى، التوجه نحو الأهداف، المرونة فى تغيير الانتباه، الكف) أكثر من اضطراب العناد المتحدى (١٤٧).فى حين أن العوامل النفسية الاجتماعية وعوامل الخطورة الأسرية، مثل انخفاض دخل الأسرة والاضطراب الوظيفي للأسرة تتجه نحو كونها المسبب للاضطراب العناد المتحدي (١٤٨) .

كذلك نجد أن أطفال اضطراب العناد المتحدى يتميزون بالعدوانية لكن ليس الاندفاعية. ففي اضطراب العناد المتحدى يحدث إزعاج الآخرين بصورة متعمدة (١٤٩) ،في حين ذلك لا يحدث فيما يتعلق بالنشاط الذائد (١٥٠) . كذلك نجد أن اضطراب العناد المتحدى مرتبط ببعض الخصائص السلوكية والانفعالية التى تختلف عن خصائص اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، حيث نجد أن أفراد اضطراب العناد المتحدى يتمثل لديهم البروفيل الشخصي والانفعالي في انخفاض التوجه الذاتي، وانخفاض روح التعاون، كذلك يرتفع لديهم خطر التعرض لاضطراب القلق والاضطرابات الانفعالية، في حين نجد أن

أطفال اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه لديهم مستويات مرتفعة من الإصرار، والاكتئاب ومشكلات الانتباه، والسلوك الجانح، والسلوك العدواني بالمقارنة مع اضطراب العناد المتحدى [١٥١]. ويضيف أن من الخصائص المميزة لاضطراب العناد المتحدى لدى الأطفال رفض توجيهات البالغين وتعليماتهم لكن إذا ما قام بالبدء فى القيام بالمهمة والانخراط فيه فإنه قادر على انتهائها، وذلك لا يتوفر فى أطفال اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه[١٥٢].

لذا نجد أن الفروق السابقة ليست كافية لتحديد الفروق بين الاضطرابين أثناء التطبيق فقد أكد Hughes& Cooper على ضرورة اجراء تشخيص فارق بين الاضطرابين، لذلك نتيجة للتداخل الكبير بين الاضطرابين، ولكي يتم تشخيص اضطراب العناد المتحدى بمعزل عن اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه[١٥٣].

وتتباين المظاهر والاضطرابات المصاحبة لاضطراب المعارضة المتحدية كدالة للعمر وشدة الاضطراب . ويبدو الاضطراب أكثر بروزاً لدي الذكور الذين كان لديهم مشكلات مزاجية ، أو نشاط حركي مرتفع في عمر ما قبل المدرسة .أما في عمرالمدرسة الابتدائية فيكون لديهم انخفاض في تقدير الذات ، وتقلبات مزاجية وقدرة منخفضة علي تحمل الإحباط واستخدام السباب والشتائم والشرب المبكر للخمور ، والتدخين ، والمخدرات . كما يعانون من صراعات مع الوالدين ، والمعلمين ، والزملاء . وقد يدخلون في دائرة مفرغة مع الآباء في اللوم والتأنيب المتبادل ويكثر هذا الاضطراب في الأسر التي اضطربت فيها عملية تنشئة الطفل بتعاقب افراد مختلفين ، أو في اسر تعاني من خصومات عنيفة ، وعدم اتساق وإهمال ولا مبالاة في تربية الأطفال .

- ويشيع لدي هؤلاء الأفراد اضطراب قصور الانتباه / النشاط المفرط واضطرابات التعلم ، والتخاطب [١٥٤].
- بالرغم من أن البعض يربط بين اعراض التهور والاندفاع المرتبطة بعجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد مثل مقاطعة حديث الاخرين و

التحدث بدون تفكير وبين اعراض اضطراب العناد المتحدى إلا أن اسباب هذه الاعراض فى الاضطرابين مختلفة حيث ان الاطفال ذوى اضطراب عجز الانتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد يقوم بذلك دون تعمد[١٥٥].

١١ ـ اشكال وصورالعناد لدي الاطفال :

توجد أشكال متعددة لعناد ألاطفال نذكر منها:

أولا: عناد التصميم والإرادة:

يظهر هذا النمط من العناد عند بعض الأطفال لدى إصرارهم على محاولة إصلاح لعبه. خاصة إذا أصيب الطفل بالفشل عند إصلاحها في المرة ألأولى. عندها يزداد إصرار على تكرار محاولته مرة أخرى[١٥٦].

ثانيا: العناد المفتقد للوعي:

كإصرار الطفل الذهاب إلى السوق رغم هطول الأمطار الشديدة وعدم توافر وسيلة نقل لذلك. ورغم محاولة والديه إقناعه بعدم الذهاب. وكذلك إصراره على عدم النوم من أجل مشاهدة برنامج تلفزيوني بالرغم من محاولات أمه حتى يستيقظ مبكراً صباح اليوم التالي. ويكون إصرار الطفل في مثل هذه المواقف عناد أرعن مفتقد للوعي والإدراك[١٥٧].

ثالثا: العناد مع النفس:

ان الطفل قد يعاند نفسه كما يعاند الاخرين، فربما اذا سيطر عليه الغيظ من امه و طلبت منه تناول الطعام يرفض وهو جائع ، وحينما تبدأ الام في محاولة اقناعة بالعدول عن رأية وموقفة، يزداد إصراراً و جوعاً و يصبح في صراع داخلي مع نفسه و عنادها[١٥٨].

رابعا: العناد كاضطراب حركي:

قد يكون عناد الطفل نتيجة اضطراب سلوكي خاصة حينما يعتاد الطفل على مثل هذا السلوك لصبح مع العمر نمطاً راسخاً وسمة من سمات تشخيصيه. وهذا النمط من العناد يسبب له نزوعاً إلى المشاكسة والتعارض مع الآخرين. ليمثل بالتالي سلوكاً مرضياً يستدعي استشارة المختصين في ذلك[١٥٩].

خامسا: عناد فيزيولوجي:

وقد يصاب الطفل إصابات عضوية في الدماغ كالتخلف العقلية MENTAL RETARDATION مثلاً فيظهر الطفل أنماطاً من السلوك العنادي أمام الآخرين.

ومن أشكال العناد أيضا:

١ـ العناد كاضطراب سلوكي:

يتجلى هذا الشكل من العناد على شكل إصرار الطفل على العناد ومقاومة سلبية متواصلة نحو مواقف وحاجات. فالطفل في هذه الحالة ينزع نحو معارضة الآخرين ومشاكستهم، ويكون في حالة تذمر وشكوى مستمرة من أوامر الآخرين (الوالدين أو غيرهم)، والامر هنا يستدعي استشارات من المتخصصين.

٢ـ التحدي الظاهر:

ويكون هذا العناد على شكل إصرار الطفل على استكمال ما يريده (مثل مشاهدة فيلم تلفزيوني) بالرغم من إقناع والدته له بالنوم من أجل الاستيقاظ مبكراً للذهاب إلى المدرسة. ويكون عناده على شكل رفض لما يطلب منه، ويكون مستعداً لتوجيه إساءة لفظية أو الانفجار في ثورة غضب للدفاع عن موقفه.

٣ـ العناد الحاقد:

يتمثل هذا العناد في قيام الطفل بعكس ما يطلب منه، فالطفل الذي يطلب منه أن يهدأ يصرخ بصوت عال، والذي يطلب منه أن يأكل يرفض الطعام بالرغم من حاجته إليه[١٦٠].

وتذكر سناء سليمان (٢٠٠٥) أنه عندما تكون صفة العناد أو سلوك العناد قوياً جداً بدرجة غير طبيعية، فانه يعتبر في هذه الحالة جذوراً لنوع من اضطرابات السلوكية وهو ما يسمي اضطراب العناد Oppositional Disorder أو اضطراب العناد المتحدى[١٦١].

٤ـ العناد المرضي:

وله اسباب اخري ...

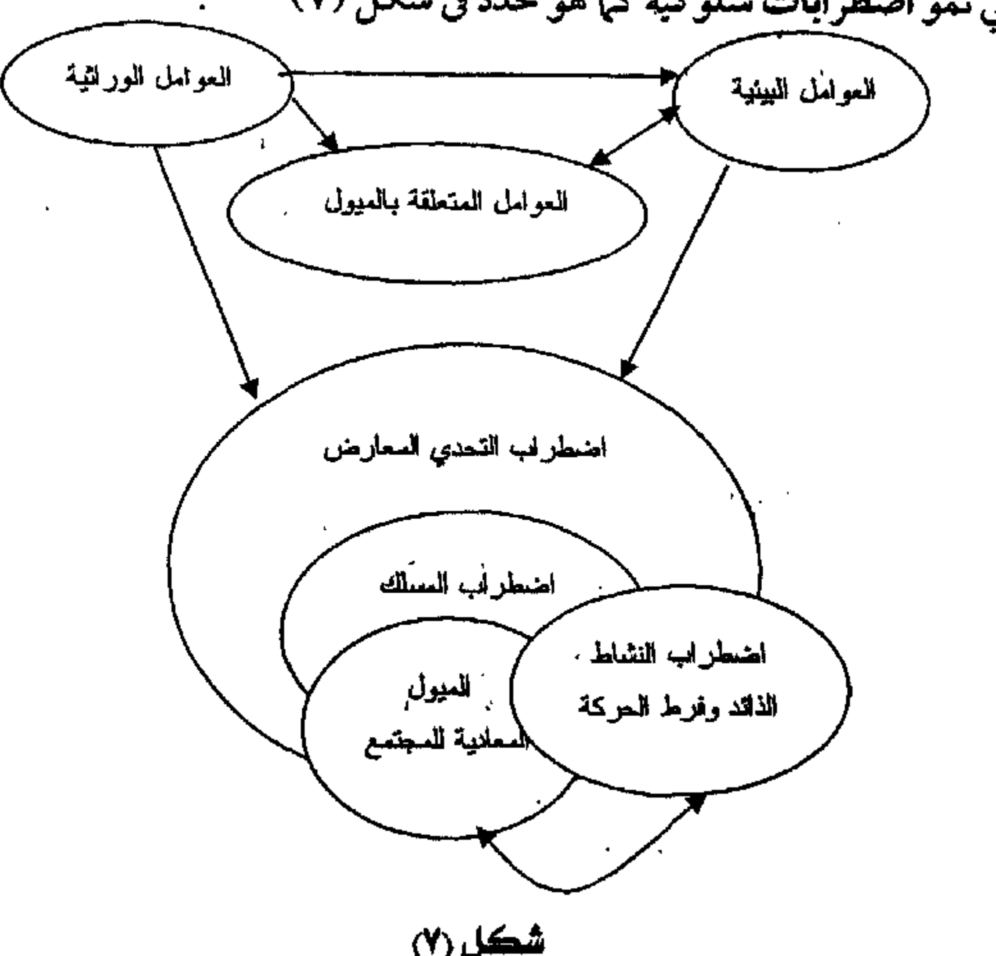
- أن يكون العناد المبالغ فيه دفاع ضد الاعتماد الزائد علي الام ، إذا يحاول الطفل أن ينكر اعتماده بالعناد .
- وجود تهيئة تكوينية مزاجية مضطربة لدي هؤلاء الاطفال .
- وجود صدمات في الطفولة المتأخرة أو اعاقات مزمنة مثل التخلف العقلي تحفز العناد لديهم كدافع ضد الشعور بالعجز والقلق ونقص اعتبار الذات.
- و تدعيم سلوك العناد لدي الطفل بالاستجابة الفورية لمطالبة تحت التهديد، أو تعلم سلوك العناد من شخص اكبر منه للحصول علي الانتباه الذي يرغبه من والديه .
- جود صراعات لم تحل ، كبقايا للمرحلة الشرجية من خلال رؤية المدرسة التحليلية[١٦٢] .

١٢ ـ العوامل المسببة لاضطراب العناد المتحدي :

هناك العديد من العوامل والاسباب التى تؤدى الى ظهور اضطراب العناد المتحدى لدى الاطفال ومعرفة هذه العوامل يساعد على اتخاذ الاجراءات الكفيلة لتجنب وتقليل احتمال حدوث هذا الاضطراب بالاضافة الى تقديم العلاج والرعاية المناسبة للطفل فى الوقت المناسب بما يكفل عدم تدهور حالته الى اضطراب التصرف او الجنوح او الادمان .

ويوضح المدخل السببي التنموي التفاعلي العوامل المسببة للاضطرابات النفسية ومنها اضطراب العناد المتحدى، حيث يوضح التحليل العاملي للعوامل أن العوامل الوراثية تتضمن امتداد لبعض العوامل مثل الأمراض النفسية، سلوك الوالدين، وتصرفات الأطفال، والتى تؤثر علي الوراثة. فكل تلك العوامل تؤدي إلي العوامل البيئية والعوامل الموقفية، وتتضمن العوامل البيئية متغيرات مثل الوالدين، والعلاقة الزوجية، تأثيرات الأقران، وتؤثر تلك العوامل وتتأثر بالعوامل الموقفية. وتتضمن العوامل الموقفية متغيرات مثل العمر، والنوع، والحالة المزاجية، والسيطرة، ومستوى الكورتيزول Cortisol، والوظائف

العقلانية، والمعرفة الاجتماعية. وتؤدى العوامل الوراثية، البيئية، والموقفية إلي نمو المشكلات السلوكية، وبالاعتماد علي عدد ونوع العوامل المتضمنة فإن ذلك يؤدي إلي نمو اضطرابات سلوكية كما هو محدد فى شكل (٧) (١٦٣).



شكل (٧)

المدخل السببي التنموي لتفاعل العوامل المسببة للاضطرابات النفسية

وبالإضافة إلي تلك العوامل فقد أشارت الأبحاث إلي ظهور عوامل جديدة تؤدي إلي ارتفاع نسبة الاضطراب منها المحتوي ونسبة الإثارة الموجود بالتلفاز، والأفلام، وألعاب الفيديو، فمثلا الولايات المتحدة الأمريكية فإن متوسط مشاهدة الأطفال للتلفاز تتراوح ما بين ٣-٤ ساعات يومياً، بالإضافة إلي أن مئة دراسة أظهرت أن الأطفال أصبحوا محصنين ضد الرعب الموجود فى العنف، وكثيراً من هؤلاء يتقبلون العنف كطريقة لحل المشكلات (١٦٤). ويمكن عرض هذه العوامل فى النقاط التالية:

عوامل ترجع إلي الطفل:

العوامل الشخصية والحالة المزاجية:

يشير المزاج إلي الجوانب السائدة قي الشخصية والتي تظهر في بعض الثبات أو الاتساق عبر المواقف المختلفة وعبر الزمن. وغالباً ما ترتكز الفروق بين الأطفال في المزاج علي بعض السمات مثل مستويات النشاط، الاستجابات الانفعالية، نوعية الطباع، والقابلية للتكيف الاجتماعي[١٦٥] . فالأطفال هذا يتميزون بمشكلات مزاجية، وانخفاض في تقدير الذات، وحالة مزاجية متغيره، وانخفاض في تحمل الإحباط[١٦٦]. أيضاً نجد أن تعرض الأطفال إلي مواقف الاستغلال (Abuse) من جانب الآخرين أو تعرضه للصدمات في مرحلة الطفولة يمثل احدي العوامل المسببة لهذا لاضطراب[١٦٧]. فالحالة المزاجية السلبية لهؤلاء الاطفال قد تؤدى إلى حدوث الاضطراب[١٦٨]. فمعاناة الطفل وشعوره بوطأة خبرات الطفولة أو مواجهته لصدمات ، قد تحبذ العناد لدى بعض الأطفال كدفاع ضد الشعور بالعجز أو القصور[١٦٩]. أما إذا توجهت عملية الرعاية للتخلص من القسوة فى التعامل مع الأطفال وخفض تعرضهم للصدمات فذلك يترتب عليه بدوره خفض الاضطراب [١٧٠].

العوامل المعرفية:

يمكن أن يظهر العناد نتيجة غياب إمكانية التفرقة بين الواقع والخيال، حيث يجد الطفل نفسه مدفوعاً لتشبث برأي أو موقف غير آبه بآراء الآخرين مما يجعل الصدام بين الطفل والآخرين أمراً حتمياً، مما يدعم سلوك العناد[١٧١]. فأطفال هذا الاضطراب يتجهون نحو أنماط خاطئة في تفسيرهم للمواقف الشخصية التى يمرون بها، حيث يتجه هؤلاء الأطفال إلى تفسير تلك المواقف على أنها تهديد للذات[١٧٢]. ويمكن أن ينتج القصور في سلوك العناد أو السلوك العدوانى، وقد يظهر لدى أطفال اضطراب العناد المتحدى فى ضعف الوظائف التنفيذية التى تتمثل فى الذاكرة العاملة، تنظيم الذات، التحول بين المجموعة الادراكية، التخطيط والتنظيم لحل المشكلات، حيث يتميزون بما يلى:

١) هناك صعوبة في الذاكرة العاملة لدي هؤلاء الأطفال من حيث استدعاء الخبرات السابقة، عدم إذعان (إدراك متأخر)، وتوقع النتائج للأفعال المحتملة (التدبر) في الاستجابة لطلبات الإذعان السريع، وتم الإشارة إلي ذلك القصور كسلوك عناد لدي الأطفال، أما الأطفال الذين لديهم صعوبات تنظيم الذات فيمكن أن يستجيبوا إلي الإحباط الذي يمكن أن يحدث في سياق الطلبات المفروضة بمستويات عالية من ردود الأفعال الانفعالية (مثل؛ الصياح، البكاء، السباب).

٢) أما مهارة التحول بين المجموعة الإدراكيه، فيمكن أن يتحول إلي القدرة إلي الامتثال بسرعة مع توجيهات البالغين فيمكن أن يحدث لها قصور، حيث تحدث تلك المهارة لدي الأطفال التركيز علي ما يقومون به بالرغم من توجيهات الآخرين، والذي يفسر علي انه عناد، حيث يمثل ذلك دفاع ضد أي مصدر للسلطة.

٣) القصور في المهارات التنفيذية يمكن أن يؤدي إلي صعوبة في معالجة المعلومات، وبالتالي عدم السماح للأطفال بالتمكن من معالجة المشكلات والتمكن من حلها بأنفسهم[١٧٣].

ومن جهة أخرى فقد وجد أن الصعوبات الخاصة التى ترتبط باضطراب العناد المتحدى تتمثل في العوامل الدافعة Motivational Factors، وليس القصور في الوظائف التنفيذية. أي انه لا توجد مشكلات لدي ذوي اضطراب العناد المتحدى في الوظائف التنفيذية أو أكثر تحديداً لا توجد مشكلات في التحكم الوظيفي المانع Executive inhibitory control، حيث يكون سلوك ذلك الاضطراب أكثر دافعيه في المواقف الطبيعية، وأضاف Da Fonseca et al (2010) أن لدى هؤلاء الأطفال القدرة على تحسين أنفسهم فى الجوانب المعرفية من خلال عملية التحسين الذاتى self-improvement ، أما مشكلة هؤلاء الأطفال فتظهر فى القدرة على ضبط أنفسهم فى المواقف التى يمرون بها[١٧٤].

العوامل الاجتماعية:

توصلت عدد من الدراسات إلي وجود علاقة بين اضطراب العناد المتحدى

وبين العمليات الاجتماعية لدي الأطفال، حيث أشارت تلك الدراسات إلي أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدى لديهم مشكلات في عمليات التواصل مع الآخرين وذلك راجع إلى ما لديهم من مهارات اجتماعية[١٧٥]. أيضا أشارت تلك الدراسات إلى أن أطفال اضطراب العناد المتحدى لديهم مشكلات في عملية تفسير تلك المعلومات فى المواقف التى يمرون بها، أيضا يعانون من صعوبات في عمليات التعامل مع المواقف حيث يلجئون إلي السلوكيات العدائية، حيث يعمل هؤلاء الأطفال فى تفسير وتأويل تلك المواقف إلي العوامل الخارجية والآخرين، ويركزون علي مهارات حل المشكلات بطريقة عدوانية[١٧٦]

وأحياناً يلجا الطفل إلي التصميم والإضرار علي رأيه متشبهاً بابيه أو أمه عندما يصممان علي أن يفعل الطفل شيئاً أو ينفذ أمراً ما دون إقناعه بسبب تصرفهما، فيأتي الطفل بعد ذلك متشبهاً بالكبار أو الآخرين العناد[١٧٧]. فتعرض الأطفال للاستغلال من قبل الآخرين وخاصة الاستغلال الجسدى Physical Abuse يؤدى إلى تكوين اتجاهات سلبية نحو الآخرين، مما يترتب عليها العديد من الاضطرابات منها اضطراب العناد المتحدى[١٧٨].

الأداء الأكاديمي ومستوي الذكاء:

يرتبط القصور الأكاديمي وانخفاض مستوي الأداء الوظيفي للذكاء بالاضطراب السلوكى، حيث تتضح هذه العلاقة من خلال تطبيق مقاييس عديدة للذكاء والأداء المدرسي مثل اختبارات الذكاء اللفظية وغير اللفظية، والدرجات التى يحصل عليها الطفل في المدرسة، اختبارات التحصيل، كذلك من خلال تطبيق مقاييس الاضطراب السلوكي[١٧٩]. وبالرجوع إلي قياس الذكاء فقد وجد علاقة بين الذكاء والسلوك الفوضوي، حيث أشارت النتائج إلي أن انخفاض درجة معامل الذكاء لدي الإناث قبل دخول المدرسة تمثل منبىء للسلوك الفوضوي دون الذكور[١٨٠].

٢ـ العوامل الوالدية والأسرية:

الوراثة:

بالرغم من عدم وجود دراسات تأكد على أن العوامل الوراثية هي المسئولة

عن اضطراب العناد المتحدى بشكل واضح، إلا أن بعض الدراسات خلصت إلى أن الوراثة كانت ذات اثر كبير في ظهور أعراض اضطراب العناد المتحدى وامتداد لذلك ظهور السلوك المضاد للمجتمع مثل محاولات اقتحام الملكية والعدوان[١٨١] .

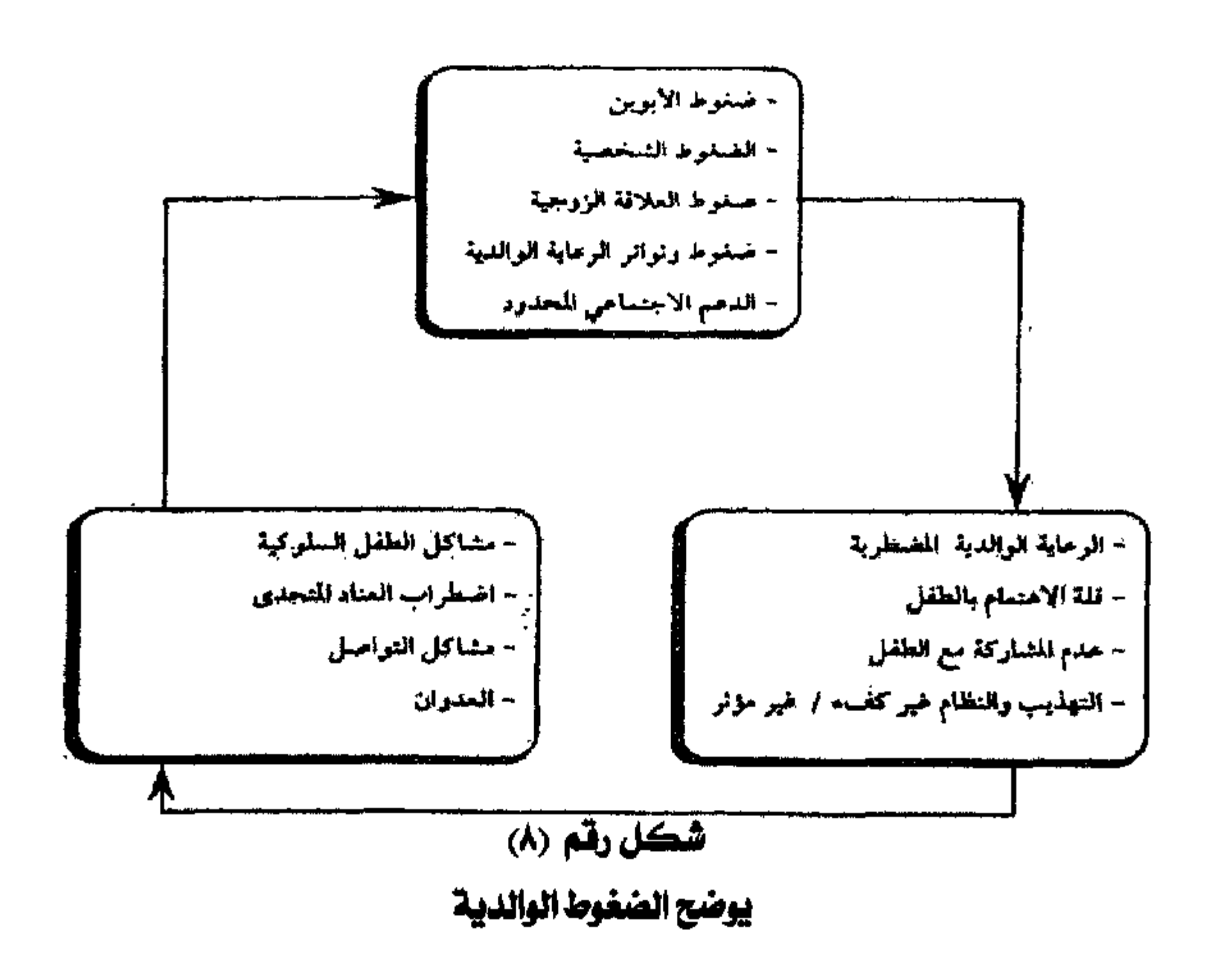
كذلك فقد وجود أن هناك علاقة بين سلوك العناد والسلوك العدواني وبين العوامل البيولوجية، فعندما يقوم الفرد (الذي لم يتم تشخيصه من قبل علي انه يعاني من السلوك الفوضوي) بسلوك عدواني، فإنه يظهر مستويات عالية من الكرتزولCortisol Level في حين أن المستويات المنخفضة من الكرتزول أثناء المواقف الضاغطة كانت مرتبطة فى عملية التشخيص باضطراب العناد المتحدى، فالكرتزول هو عبارة عن هرمون يتم إفرازه فى مواقف التى يشعر بها الفرد بالغضب[١٨٢] . كذلك فقد وجد أن نمو اضطراب العناد المتحدى يرجع إلى العامل الوراثي أو البيئي (مثل التدخين أثناء الحمل)، والعوامل البيولوجية العصبية neurobiological.[١٨٣]

التفكك الأسري واضطرابات الأسرة:

أن اضطراب العناد المتحدى هو اضطراب أسرى فى الأساس[١٨٤]. فهو اضطراب مرتبط تكوينه بطريق مباشر ببعض العوامل الأسرية التى ينعكس تأثيرها على عملية نمو الطفل على مر السنوات[١٨٥]. فعملية الرفض من قبل الوالدين، والجو الأسرى غير المستقر، والبعد عن المرونة في المعاملة[١٨٦] ، والعنف وتوتر العلاقة بين الوالدين، التذبذب في معاملة الأطفال، خلافات مع الوالدين يؤثر على الطفل بطريقة سلبية قد ينتج عنها العديد من اضطرابات[١٨٧]

فالوالدان مسئولون عن المساهمة فى حدوث سلوك اضطراب العناد المتحدى، فبعض والدى الأطفال يرتبطون بالذهاب إلى العمل يومياً ولا يجدون فرصة للتحدث إلى أطفالهم، وعندما يقوم الطفل بمحاولة جذب الاهتمام فإنهم يعملون على تركه وعدم الاستجابة له[١٨٨] ،أى يقومون بالانسحاب كمخرج لعدم وجود ما يكفى من الوقت ليتناقشوا مع الطفل، وبالتالى نقص استجابة الوالدين للاطفاهم وكذلك نقص تفاعلهم ومقدار الوقت الذى يقضوه معهم وذلك راجع إلى ما يعانون من كثرة الأعباء الأسرية الملقاة والصراعات العاطفية

داخل الأسرة[١٨٩] ، وأنماط المعاملة الوالدية الخاطئة، وعدم وجود قواعد وضحة داخل المنزل، وانخفاض درجة الدفء والحنان لديها، والعقاب البدنيالقاسي، والعدوان الجسدي واللفظي، والرفض من قبل الوالدين، ورقابة شديدة علي أبنائهم من حيث فرض الانضباط الشديد[١٩٠].



شكل رقم (٨)

يوضح الضغوط الوالدية

ويرى Marlow (2011) أن اضطراب العناد المتحدى ينشأ عن:

(أ) الانسحاب: ينسحب الوالدان كأسلوب للتعامل مع سلوك الطفل، ونتيجة لذلك يحاول الطفل أن يعبر عن نفسه بالعناد فينخفض لديه استحقاق الذات، ويتوجه الطفل نحو المحيطين بالعدوان.

(ب) التجنب: وهو يشبه الانسحاب لكن الوالدين هنا يتجنبون التفاعل مع الطفل ويتحاشون المواقف التي يظهر فيها سلوك اضطراب العناد المتحدي.

(ج) التحدى: تحدى الوالدان لسوك الطفل وإجباره على القيام بما يريدون منه.

(د) الصراع/ المواجه: ويظهر عند إصرار الطفل على تحقيق أهدافه فى المواقف التى يتفاعل فيها مع الوالدين وفى المقابل يحاول الوالدين مواجه ذلك السلوك ودرئه.

(ه) العقاب الشديد للطفل.

(و) لوم الطفل على كل ما يقوم به من سلوك [١٩١].

ووجود أسر ذات تاريخ مرضى، وبعض أنماط الشخصية المفككة ذات مشاعر سلبية، الاكتئاب، صراعات زوجية، تكوين اتجاهات سلبية من جانب الوالدين نحو أطفالهم[١٩٢]. انخفاض درجة التعليم لدى الوالدين، التناقض بين مقدمى الرعاية القائمين على الطفل، والإهمال، والمشاجرات الزوجية، ومشكلات الصحة النفسية[١٩٣]، وانخفاض المستوى الاجتماعى والدخل، وانخفاض فى العوامل البينشخصية داخل الأسرة تظهر فى الصراع وانخفاض التنظيم، وانخفاض فى مستوى الصحة النفسية لدى أمهات هؤلاء الأطفال[١٩٤]، وشعور الأمهات بالضيق والإحباط، والخوف من اخذ الطفل فى الأماكن العامة خوفاً من عدوانه أو عدم انصياعه للتعلميات، وتجنب للعلاقات الاجتماعية والانفتاح على العالم الخارجى، وضعف الثقة فى النفس وفى الآخرين[١٩٥]، والفشل فى تكوين الأصدقاء، وانخفاض الشعور بالسعادة، والتفكك الأسرى، والتركيز على الطفل صاحب المشكلة وإهمال الأطفال الآخرين كل ذلك يؤدى إلى زيادة احتمال نمو اضطراب العناد المتحدى لدى أطفالهم[١٩٦].

وهنا تظهر أهمية تكوين لغة حوار تواصلية بين الوالدين وأبنائهم، نظراً لان الفشل في عملية التواصل تلك يؤدي إلى اضطراب العناد المتحدى، فالأثر الواضح الذى تقوم به العوامل الأسرية علي نمو اضطراب العناد المتحدى أشارت إليه العديد من الدراسات[١٩٧].

حيث اشارات دراسة قام بها ج. دافيد J.David 1997 ان هؤلاء الآباء و الامهات قد تعرضوا في طفولتهم للاساءة من قبل ابائهم و امهاتهم . ويعانون من

اضطراباً في الشخصية و الادمان و عدم القدرة علي إشباع حاجات الامن و الحب للابناء[١٩٨].

و يذكر الباحثون كذلك الخصائص التالية للاباء المسيئين لابنائهم : ضعف البناء النفسي مما يجعل المحفزات العدوانية تعبر عن نفسها بلا ضوابط، وضعف النضج النفسي و الاجتماعي، ونقص الوعي بالمفاهيم الصحيحة للابوة و الامومة و الطفولة[١٩٩] . الشعور بانخفاض تقدير الذات و نقص الكفاية الشخصية، الاعتقاد القوي في قيمة العقاب كوسيلة تربوية، نقص الوعي بحاجات الطفل و نقص القدرة علي اشباعها، نقص في النضج الانفعالي، النقص في التواصل مع الابناء، الافتقار الي المهارات الاجتماعية، الفقر و البطالة و نقص مستوي التعليم[٢٠٠] .

كما تشير البحوث و خاصة في الاتجاه الطبي النفسي ان الاب هو السبب الرئيسي في الاساءة، وتشير الي ان له مجموعة من الخصائص تميزه عن غيره، فهو غير سوي، ويمكن ان يصنف في احدي الفئات التشخيصية الطبية النفسية، مثل الفصام او ذهان الهوس – الاكتئاب، وان الاساءة هي إظهار للذهان، ويضيف هذا الاتجاه الي ان الوالد المسيء قد اسيئت معاملته و هو طفل و تعرض لانماط العقاب البدني [٢٠١].

و في بحوث اخري تبين ان الافراد الذين يسئون معاملة الاطفال يكونون قد مروا من قبل بضغوط في طفولتهم لم يستطيعوا تحملها او التخلص منها، ولديهم ردة فعل قاسية تجاه الاطفال، ويعانون من عجز عصبي نفسي مثل فقدان التحكم و قصور وظيفي في المخ، وشخصية مضادة للمجتمع، ويفتقدون الي توكيد الذات و لديهم قدرة منخفضة في التعامل مع الضغوط العائلية، ولديهم وعي وادراك منخفضين لسلوك الاطفال، مما يجعلهم يفهمون خطأ هذا السلوك فيؤذون أبنائهم . و يقعون تحت الضغط والمشقة، ولديهم اتصالات قليلة بالانشطة الاجتماعية و منعزلون، ويسعون إلي ان يكونوا اكثر انضباطاً مع ابنائهم، ويحرصون علي أن يحققوا لهم طموحاتهم التي فشلوا هم فيها .

ويذكر السيكولوجي الانجليزي " جون بولبي John Bowbly " أن من

اهم اسس الصحة النفسية للطفل، ان تكون هناك علاقة دافئة حميمة و مستمرة مع الوالدين تلك العلاقة مع الوالدين او من يقوم مقامهما وراء نمو شخصية الطفل و صحته النفسية، اما الاساءة من الوالدين و معاناه الابناء من الاهمال و العقاب و الرفض، فيرتبط بزيادة السلوك المضاد للمجتمع (السيكوباتية) لدي الابناء(٢٠٢).

وبينت كذلك دراسة ج . جلادستون و اخرون G .Gladstone & eal ٢٠٠٤ وجود ارتبطات دالة بين التعرض للاساءة الجنسية و الاساءة الانفعالية في مرحلة الطفولة، وبعض المشكلات النفسية كالاكتئاب و القلق وايذاء الذات و العنف و اضطرابات الهلع(٢٠٣) .

وبالنسبة لارتباط خبرات الاساءات بالاضرابات النفسية، فيؤكد الباحثون علي اهمية الخبرات الاولي التي يمر بها الفرد في طفولته في تشكيل شخصيته في المستقبل مما جعل العديد من العيادين يفترضون ان خبرات الطفولة الصادمة من العوامل المسببة لظهور العديد من الاضطربات النفسية في المستقبل .

كما وجُد ان المضطربين قد مروا خلال مرحلة طفولتهم بأحداث مؤلمة و غساءة بالغة مثل التعرض لانواع من الاساءة البذنية أو الجنسية أو الحرمان العاطفي و الاهمال من قبل الوالدين، كما مروا بخبرات الانفصال المبكر عن الوالدين، أو نشأوا مع و الدين غير اسوياء، او تعرضوا لمعاملة والدية خاطئة، أو لديهم ادراك سيئ تجاه هذه المعاملة .

وفي هذا الاطار فقد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسات س. دروكر ٢٠٠٠ C. Draucker التي بينت أن اهم الاعراض التي تنتج عن التعرض في مرحلة الطفولة للاساءة الجنسية هي : القلق و الاكتئاب و اليأس و الخزي و سلوك ايذاء الذات و محاولات الانتحار و العدوانية تجاه الاخرين . وكذلك دراسة ن. هوشتتلر ٢٠٠٢ N. Hoshtetler التي بينت ان التعرض للصدمات في الطفولة ترتبط بالاضطرابات النفسية و العجز عن تقيم الذات و ظهور اعراض الاكتئاب و القلق .

وذكرت دراسة م. هلجيلاند و اخرون M. Helgland & etal 2004 أن

التعرض الي للاساءة و الاهمال و عدم الاستقرار البيئي يرتبط بالقلق و الاكتئاب و العناد .

ووجدت (سعاد عبد الله البشر) في دراستها علي ٩٧ فردا من الجنسين تراوحت اعمارهم بين ١٨ : ٣٢ عام ارتباط بين التعرض للاساءة في الطفولة و كل من القلق و الاكتئاب و اضطراب الشخصية الحدية والعناد ... ووجدت كذلك في نفس الدراسة أنه يمكن التنبؤ بحدوث اضطراب الشخصية الحدية والعناد والقلق والاكتئاب لدي الافراد اذا تعرضوا في طفولتهم للاساءة .

و تشير بعض النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية إلي " الاسرة المولدة للمرض النفسي "، فيبين موري بوين ١٩٩٤ Murry Bowen و ناثان أكرمان ١٩٣٧ N. Ackerman و جرجيوري باستون G. Bateston 1977 ان الاسرة المولدة للمرض تتميز بالمناخ الوجداني غير السوي و بعدم نضج الوالدين و بالرابطة المتناقضة و باضطراب في الاتصال اللغوي . ودرس بوين ١٩٦٦ عدد من مرضي العناد مع والديهم، فبين ان العرض عند المريض ما هو الا عرضاً لاسرة مريضة، فالفرد المضطرب داخل الاسرة هو الذي تعبر عن طريقة عن اضطرابها [٢٠٤].

وبين ت. ليدز و اخرون T. Lidz & etal الاثر الكبير للاسرة في نشأة المرض عندما درس تاريخ خمسين من المرضي العقليين عام ١٩٤٩ . فوجد أن ١٠٪ منهم فقط عاشوا في بيوت يمكن اعتبارها عادية تشجع حاجات الطفل المادية و العاطفية الضرورية لنموه نمواً طبيعياً، اما الاخرون فقد نشاوا في اسر ينقصها الجو الاسري السليم، وما يترتب عليه من تأثيرات سيئة علي الاطفال .

وتتميز الاسرة المريضة والمولدة للمرض بما يلي:

١. الفشل في تكوين اسرة نووية محورية .

٢. وجود انقسامات في الاسرة .

٣. وجود انحرفات في الاسرة .

٤. وجود عزلة اجتماعية و ثقافية للاسرة .

٥. الفشل في تعليم الابناء و تسهيل تحررهم من الاسرة .

٦. إعاقة عملية نضج الطفل و خاصة عملية الهوية الجنسية من جانب الآباء[٢٠٥] .

و اسفرت نتائج دراسة بشير معمرية ٢٠٠٩ التي استهدفت التعرف علي اثر خبرات الاساءة في مرحلة الطفولة و الاصابة بالاضطرابات النفسية حيث توصلت الي ان اسلوب التربية المسيئة الذي يعتمد علي الاساءة بالكلام الجارح و التهديد و التوبيخ و الشتم و الاهانه و غيرها... و كذلك الضرب و العقاب البدني بصفة عامة ... والاعتقاد السائد عند كثير من الاسر بأن التربية الجيدة للاطفال تعتمد علي الضرب و الاهانة و كل اساليب الاساءة اللفظية و البدنية ذو علاقة ايجابية بظهور الاضطربات النفسية ، حيث جاء ترتيب الاضطرابات العشر الاولي لدي عينة الذكور : اضطراب العناد، اضطراب التوافق، نقص الانتباه، الوسواس القهري، أزمة الهوية، الهوس، الاكتئاب ، اضطراب ضلالي (بارانويا)، القلق العام، الانعصاب بعد الصدمة ... وهذا يعني انتشار نسبة هذه الاضطربات لدي افراد المجتمع[٢٠٦] .

وهذا يتفق مع دراسة (صالح حزين، ١٩٩٣) [٢٠٧] حيث بينت ان الاطفال المساء إليهم قد ابدوا عدوانية و عدم قدرة علي التحكم في إنفعالتهم و خاصة انفعالات الغضب، ومشاعر عدم الثقة، نظراً لما يتعرض له هؤلاء الاطفال من إساءة بمظاهرها المتعددة، الامر الذي ينتج عنه اكتسابهم لسمات نفسية و اجتماعية تحرمهم من التوافق مع البيئة وتولد لديهم الشعور بعدم الامن مما يجعلهم ضعاف الشخصية، وتنعدم لديهم القدرة علي إقامة العلاقات مع الاخرين و التفاعل معهم، وهذا ما اكدت عليه دراسة (وفاء فضلي ، ١٩٩٤) [٢٠٨] حيث بينت ان الطفل المساء معاملته يتعرض لانماط مختلفة من المشكلات الاجتماعية و النفسية، تبدو مظاهرها في عدم القدرة علي الدخول في علاقات اجتماعية مع الاخرين و الشعور بكراهية المجتمع و هذا ما تؤكده دراسة (فراكلين Frakline 1997،) [٢٠٩] من ان اساءة المعاملة تؤدي الي اصابة الاطفال بالاحباط و السلبية و عدم القدرة علي التحصيل الدراسي و الهروب من تحمل المسؤليةبالاضافة الي عدم قدرة الطفل علي التكيف و التوافق في علاقاته مع الاخرين، وهذا ما اكدت عليه ايضاً دراسة (أيمان ابو ضيف ، ١٩٩٨) [٢١٠] بأن هناك علاقة ارتباطية

موجبة دالة بين سوء معاملة الطفل وبعض الاضطرابات السلوكية لديه و التي تؤثر عليه مستقبلاً، وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة (أماني عبد المجيد، ١٩٩٨) بأن الاطفال المساء معاملتهم يتعرضون الي نقص القابلية للاستمتاع بالحياة، وعدم القدرة علي الاستقرار، كما بينت دراسة (عماد حمدي، ٢٠٠٣) [٢١١] ان الاطفال في الظروف الصعبة يعانون من عدم القدرة علي القيادة، و التفاعل مع الاخرين، وبينت كذلك دراسة (ممدوح دسوقي، ٢٠٠٤) [٢١٢] ان الاطفال الذين يساء معاملتهم يظهرون سلوك العنف والتدمير، والسلوك المضاد للمجتمع، وعدم إحساسهم بالمسؤلية، فضلاً عن سلوك الانسحاب والعزلة .

الامر الذي يستلزم معه ضرورة بذل الجهود المهنية لرعاية هؤلاء الاطفال وحمايتهم من خلال برامج مهنية خاصة توجه لصالح هؤلاء الاطفال واسرهم، لتنمية المهارات الاجتماعية لديهم، ومساعدتهم علي تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الاخرين الذين يتفاعلون معهم، وزيادة الشعور بالثقة في انفسهم، وقدرتهم علي تحمل المسؤلية، لاعادة دمجهم بالمجتمع، بما يعود بالنفع علي الطفل المسلء اليه نفسه والجماعة التي ينتمي اليها والمجتمع ككل .

وهذا ما اوصت به دراسة (منيرة بنت عبد الرحمن، ٢٠٠١) [٢١٣] بأن هناك ضرورة لتفعيل دور الاخصائيين الاجتماعيين للتفاعل مع الاطفال المتعرضين او المشتبة في تعرضهم للايذاء و الاهتمام بهم في النواحي الاجتماعية وهذا ما اكدت عليه دراسة (برخارد و ميهيل Burkhardt-Meehl 2005،) [٢١٤] حيث اوصت بأهمية وضع برامج مهنية و قائية للخدمة الاجتماعية من اجل التدخل المبكر لتقليل من إساءة معاملة الطفل و إهماله. ودراسة (ويلسون و مونيكا Welson-Monica 2005،) [٢١٥] حيث اشارت الي ان اساءة معاملة الاطفال لها اثارها البالغة علي جميع مجالات حياة الطفل مستقبلاً، وانه لابد ان يكون للخدمة الاجتماعية برامج للممارسة مع هؤلاء الاطفال.

وهذا يتفق ايضاً مع دراسة (كيكوشي و جاكسون Kikuchi -jackson 2000،) [٢١٦] والتي اوصت بضرورة إعداد برامج مهنية لممارسة العمل مع الاطفال المساء إليهم لمساعدتهم علي معرفة المواقف التي يمكن فيها اساءة المعاملة

من خلال التدخل المبكر، او تلقي الاطفال للخدمات اللازمة لرعايتهم، وهذا ما اوصت به ايضاً دراسة (منال محروس، ٢٠٠٥) [٢١٧] بضرورة الاهتمام بالاعداد المهني لاخصائي خدمة الجماعة للتعامل بفاعلية في مواجهه المشكلات الاسرية و السلوكية اللاتوافقية التي تنجم عن مشكلات إساءة معاملة الاطفال، وهذا ما تؤكده ايضاً دراسة (ريستو والفريد Resto-Alfred 2006،) [٢١٨] بضرورة تزويد الممارسين للعمل مع الجماعات الاطفل المساء اليهم بالمهارات اللازمة من اجل التقليل السلوك السلبي، وزيادة السلوك الايجابي لهؤلاء الاطفال في المدرسة و المنزل، من خلال مختلف الانشطة و البرامج الجماعية .

وكما تم ذكره سابقاً... فان التأثير السلبى للأقران مرتبط أيضاً ببعض سلوك الإضطراب السلوكي عند الأطفال.

وقد يرتبط تأثير الأسرة آو الأقران بنمو الاضطراب السلوكي في فترة المراهقة . وعادة لا يظهر هؤلاء الأطفال مشاكل حتى المراهقة، ولكن بسبب مشاكل الاسرة او تأثير مجموعة الاقران، فقد تطور لديهم مشاكل الاضطراب السلوكي و يسهل تشخيص الاضطراب في الأفراد الذين يتم حدوث الاضطراب لديهم في مرحلة المراهقة لأول مره عادة بصورة أفضل من هؤلاء الذين تكون البداية لديهم في مرحلة الطفولة.

المستوي الاجتماعي والاقتصادي:

يمثل العيش في بيئة أسرية فقيرة احد العوامل في وجود اضطراب العناد المتحدى ، [٢١٩] فالأسر ذات الدخل المنخفض يزيد لديها احتمالية العنف، ارتكاب الجرائم، إهمال الأطفال، الضغوط الوالدية، وسوء التوافق. بالإضافة إلى ذلك فإن الانخفاض الاقتصادي قد يتسبب فى خلل فى الوظائف الأسرية، وكل ذلك قد يؤدى إلى الاضطراب الفوضوى أي اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك[٢٢٠] .

٣ـ العوامل البيئية:

العوامل البيئية تمثل عامل هاماً فى توليد اضطراب العناد المتحدى لدى

الأطفال، فانتشار العنف والعدائية فى البيئة المحيطة بالطفل يؤدى إلى تشبع الطفل بمظاهر العنف ،،،، حيث وجود العنف والأنشطة غير الشرعية لدي الجيران في البيئة المحيطة، والذي ينتج عنه سلوك اضطراب العناد والسلوك المضاد للمجتمع[٢٢٢].

١٢ ـ الآثار السلبية المترتبة علي اضطراب العناد المتحدى:

يري Costello et al (1996) أن الاثار المترتبة علي اضطراب العناد المتحدى تتمثل في أن ٩٠ ٪ من أطفال اضطراب العناد المتحدى يعانون صعوبات انفعالية في جوانب حياتهم من حيث العلاقة مع أسرهم أو أصدقائهم أو في المدرسة وذلك بدرجة اكبر من الاضطرابات الأخرى[٢٢٣] ، في حين يري Greene & Doyle (1999) أن هؤلاء الأطفال يعانون من القصور في القدرة علي تنظيم الذات self regulatory.[٢٢٤]

ويذكر Lee (2005) أن الآثار المترتبة علي اضطراب العناد المتحدى في جانب الدراسة تتمثل فيما يلي:

أ. يصبح لدي هؤلاء الأطفال في صعوبات في الاستجابة إلي مطالب المعلمين.

ب. يصبح لديهم صعوبات في جوانب التفاعل الاجتماعي

ج. يصبح لديهم صعوبات أكاديمية وفي مجال تعلم اللغة[٢٢٥].

ومن وجهة نظر Barkley& Benton (1998) فان هؤلاء الأطفال يتميزون بالسمات التالية:

أ. يتغير من الرضا إلي الغضب في لحظة.

ب. يقاوم الأمور الحتمية مثل الذهاب إلي النوم، الذهاب إلي المدرسة، أو القدوم إلي الطاولة في أوقات الوجبات.

ج. يصر علي اللعب بطريقته الخاصة مع الأصدقاء.

د. يجادل بصخب عند قيامه بأداء المهام البسيطة أو الضخمة، طالما أنها أشياء لا يريدون القيام بها.

هـ. يمكن أن يكذب أو أن يخدع لمجرد الهروب مسئولية ما يقوم به.

و. يحب تذكر الأشياء للأشخاص بدلا من أن ينسوا الإهانات البسيطة.

ز. يغضب بسهولة.

ح. قد يبدي العدائية تجاه شعب معين دون سبب واضح.

ط. يتجاهل الطلبات.

ي. عصيان متعمد لوالديهم وغيرهم من البالغين في بعض الأحيان.

ك. تحطيم القواعد دون تمييز.

ل. يزعج أو يتهكم علي الناس، علي ما يبدو من اجل المتعة.

م. مقاومة إيقاف اللعب.

ن. لا يستطيع التحكم في أعصابهم بالمقارنة مع الأطفال الآخرين من نفس العمر.

س. غالبا ما يحطم الأشياء من الغضب.

ع. يمكن أن ينغمس في السلوك المدمر للذات self-destructive behavior مثل حبس أنفاسهم أو ضرب رأسهم.

ف. إظهار القليل من الاحترام أو الاعتبار للوالدين وخصوصاً الأم[٢٢٦].

وهناك مجموعة مختلفة من المشاكلات المرتبطة باضطراب العناد المتحدي، ومن الواضح أن هذه المشكلات موجودة بدرجات متفاوتة لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ولا يظهرون كل هذه المشاكل الوظيفية ... نذكر منها:

اولا: المشكلات الاجتماعية:

غالباً ما يكون لدى الأطفال ذوى اضطرابات السلوك الفوضوي المعطل علاقات اجتماعية معقدة، فقد يظهرون مهارات اجتماعيه هزيلة ولا يستطيعون قراءة التلميحات الاجتماعية للأشخاص الآخرين بصورة جيدة . ومن الممكن أن

يكون لديهم صعوبة في الحصول على فهم وجهة نظر الاشخاص الآخرين (مثل: عدم فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم)، وهم ضعفاء في حل المشاكل المتعلقة بالعلاقات الشخصية، وأحياناً يفكر الاطفال بصورة خاطئة في أن الأطفال الآخرين سوف ينتقمون منهم وأنهم سوف يتصرفون بصورة عدوانية في كثير من التفاعلات الاجتماعية . وفى نهاية الامر يرفض الأقران آو يهملون هؤلاء الأطفال . ونتيجة لهذه الصعوبات ، يميل هؤلاء الاطفال إلى مضايقة الاشخاص الآخرين والتصرف بأسلوب فوضوي في المواقف الاجتماعية، ومن الممكن أن يكونوا عدوانيين .

ونظراً لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب العناد المتحدي يكون مندفعًا وعدوانياً وعنيداً، ويرفض اتباع القواعد السلوكية التي تحكم التعامل مع الآخرين ، أو المتبعة في ممارسة نشاط معين ، ويتسم كذلك بالطمع الشديد ولا يرضى بنصيبة ويتدخل في أنشطة الأخرين و حديثهم ، و يقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التي تؤذيهم دون أن يضع في اعتباره مشاعرهم، لذلك فإن المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون في وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك في البيئة المنزلية أو المدرسية ، ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً ، وهذا ما اكدته نتائج الدراسات السابقة التي اجريت على هذا الموضوع والتي بينت في نتائجها أن السلوكيات غير المرغوبة التي يقوم بها الطفل الذى يعانى من اضطراب العناد المتحدي و تؤدى إلى رفضه من المحيطين به وبالتالي فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً، ونذكر منها على سبيل المثال وليس الحصر الدراسة التي اجراها كل من (ستيفن & ليزا) و التي استهدفت التعرف على الأسباب التي تكمن وراء عدم القدرة على التوافق الاجتماعي لدى الطفل الذى يعانى من اضطراب العناد المتحدي ، وقد اوضحت نتائج هذه الدراسة أن السلوكيات غير المرغوبة التي يقوم بها هذا الطفل تجعل المحيطين به ينبذونه ، وبالتالي فإنه لا يستطيع أن يتوافق اجتماعيا معهم.

كذلك قام (جونستون، وفريمان ، Juhnston & Freaman 1997) بدراسة العلاقة بين تفاعل الوالدين والسلوك المشكل لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي ، وقد أوضحت هذه الدراسة في نتائجها أن تفاعل

الوالدين السلبى مع أطفالهم الذين يعانون من هذا الاضطراب يكمن وراء السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال، ونظراً لآن الاتجاء نحو تنمية القدرة على التوافق الاجتماعي لدى لأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي هو السائد في الآونة الأخيرة بين الباحثين المهتمين بالأطفال المصابين بهذا الاضطراب، لذلك فقد أجريت العديد من الدراسات العلمية الحديثة التي كان هدفها الرئيسي أو الفرعي هو تنمية مهارات التوافق الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال من خلال تدريبهم على تعديل سلوكهم المشكل سواء كان ذلك في البيئة المدرسية او المنزلية، ولما كانت هذه الدراسات كثيرة العدد لذلك سوف نكتفى بعرض الدراسات الحديثة منها فقط و التي كان هدفها الرئيسي هو تنمية التوافق الاجتماعي لدى هؤلاء الأطفال .

و أجرت ليندا (Linda، 1994) دراسة استهدفت تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي واضطراب الانتباه، وكان الأطفال في عينة الدراسة يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة تصاحب اضطراب العناد المتحدي واضطراب الانتباه، وقد أوضحت الباحثة في نتائج دراستها أنها تمكنت من تعديل معظم السلوكيات غير المرغوبة لدى هؤلاء الأطفال، وإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي .

كما أجرى بفيفنر و ماكبوينت (Pfiffner & Me Burnett، 1997) دراسة كان هدفها تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي من خلال تدريب الوالدين على طريقة التفاعل و التعامل الصحيحة مع هؤلاء الأطفال، و بعد الانتهاء من البرنامج قام الباحثان بالمتابعة لهؤلاء الأطفال و أباءهم لمدة ٤ أشهر، وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه امكن تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال و تنمية مهارات التوافق الاجتماعي لديهم، كما بينت النتائج أيضا أن السلوك الصحيح الذى أكتسبه الطفل من خلال هذا البرنامج قد عممه على سلوكيات أخرى في البيئة المدرسية.

كذلك قام فرانكل (Frankel، et al، 1997) وزملاؤه بدراسة انتقال أثر

التدريب المنزلي الذى يتلقاه الطفل من والديه في البيئة المنزلية لتعديل سلوكه المشكل وتنمية مهاراته الاجتماعية و تعميم أثر هذا التدريب على سلوكه في البيئة المدرسية و قد تكونت عينة الدراسة من أطفال مصابون باضطراب عناد و عدم الاذعان و الطاعة في إتباع التعليمات و أخرون ليدهم اضطراب الانتباه وقد قسم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين حيث تلقى أطفال المجموعة الأولى تدريباً من آبائهم، أما أطفال المجموعة الثانية كانوا كمجموعة ضابطة حيث تم يتلقوا هذا التدريب .

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين تلقوا تدريباً من قبل آبائهم استطاعوا أن يعدلوا من سلوكياتهم غير المرغوبة وتعلموا ؛ مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي كما أنهم قد نقلوا السلوك المتعلم الذى اكتسبوه من التدريب إلى البيئة المدرسية بمعنى أنهم قد قاموا بتعميم السلوكيات التي اكتسبوها في البينة المنزلية إلى سلوكيات أخرى مماثلة في البيئة المدرسية .فإن الأطفال العناديون يفكرون ويتصرفون بشكل مختلف جداً عن الأطفال غير العناديون ، وغالباً ما يكون لديهم اعتقاد عام إن العالم كله مكان عدائي وان الآخرين يتصرفون بشكل عدائي تجاههم ونتيجة لذلك فهم غالباً ما يبحثون عن معلومات في بيئتهم تؤكد بدورها هذا الاعتقاد العام. فهم يسيئون تفسير سلوك الآخرين و يعتقدون آن هؤلاء الناس يتربصون بهم وغالباً ما يفضل الاطفال العناديون الحلول العدوانية لحل للمشاكل الخاصة بالعلاقات بين الأشخاص[٢٢٧].

وبالرجوع الي اسباب تلك المشكلات نجد ان اضطراب البيئة الخارجية للتلميذ يؤدي الي سوء تكيفه، وتشمل البيئة الخارجية كل من الاسرة و المدرسة والمجتمع بوجه عام ، فالاسرة تزود الطفل عادة بالاستقرار النفسي و تهيؤة لحياته الدراسية، اما العوامل المنزلية الهدامة التي ربما يجرها المجتمع الخارجي، فهو الذي يؤدي الي اضطراب حياة الاسرة او يزودها بإمكانيات التربية السوية

فالاب الذي يسنغرث في عمله حتي تحرمه ظروف عمله القاسية من قضاء وقت ملائم مع ابنائه لمناقشتهم في شئونهم ورعايتهم يمنع هؤلاء الابناء من فرصة تمثيل شخصية الاب و امتصاص قيم الجماعة و مستوياتهم الخلقية منه .

والعامل دائم القلق علي وظيفته و الذي تساوره المخاوف المستمرة من فقدان عمله و بالتالي فقدان مركزه الممتاز في الاسرة قد يعبر عن هذا القلق و الخوف بالتحكم في ابنائه ومعاملتهم بقسوة و ينقل لهم نظرتهم التشائومية وبذلك يؤثر تأثيراً سلبياً في نموهم الانفعالي.

وكثيراً ما يحاول الاب ان يسقط علي ابناءه اماله ورغباته ويحاول ان يحقق في ابنه ما فشل هو في الوصول اليه، ومن ثم يلقي عبي عاتق الابناء بأعباء اكبر مما يستطيعون تحمله، قد لا تتفق واستعدادات الابناء وميولهم، وقد يسرف الاب في مطالبه ابنائه بالاستذكار ويرهقهم بالدروس الخصوصية حتي يبلغوا مستوي معينا يتوق اليه و يجعل منهم موضع فخره ومقارنتهم بأبناء الاخرين.

وكثيراً ما يدفع الجهل الاباء الي اخطاء تربوية يكون لها اثر خطير علي شخصية التلميذ من ذلك التذبذب في المعاملة بين القسوة والتدليل او اختلاف الابوين في معاملة الابناء فيفقد التلميذ القدرة علي اتخاذ معايير معينة للسلوك و العلاقات السليمة في حياتهم.

ثانيا: المشكلات الانفعالية:

على مدار الأيام، يتلقى كثير من الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكي المزيد من التغذية المرتدة السلبية من بيئتهم (مثل؛ الأقران، والآباء، والمدرسين، والجيران ... إلخ) وأحياناً ما ينتج عن هذه التغذية المرتدة السلبية تطور تقدير منخفض للذات، وقد يصبح الطفل مثبطاً وضعيف الهمة وأكثر ميلاً للاستسلام . وأحياناً يتحول التقدير المتدني للذات والتثبيط إلى الإحباط. وتزيد احتمالية إصابة هؤلاء الاطفال بالإكتئاب، كما يميلون لأن يكونوا مهمومين ولديهم أفكار سالبة.

ثالثا : المشكلات الأسرية:-

يعتقد معظم الباحثين أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب العناد المتحدي يؤثرون على الاسرة بشكل مأسوى، وتوضح الدراسات أن الاطفال ذوى هذا الاضطراب يبحثون عن مساعدة اخري، وآن الآباء يعطون تعليمات أكثر عندما يحاول الأطفال حل المشكلة، وقد يلعب سوء الرعاية الوالدية دوراً

هاماً في هذه المشكلة مع اضطراب العناد المتحدي واضطراب السلوك، حيث يتضح أن التفاعلات القسرية بين الطفل والأبوين والرعاية الوالدية غير الفعالة تسهم في زيادة سوء مشاكل السلوك الفوضوي على مدار الأيام، وربما يتأثر أقارب الطفل ذوى المشاكل السلوكية، و من ثم تظهر ردود أفعال سلبية من قبل هؤلاء الاقارب، وأحياناً يكون لدى هؤلاء الأقارب مشاكل في التعامل مع آخ او أخت صعب الراس وعنيد[٢٢٨].

وتعد عملية جعل الاطفال يستمعون أو يطيعون تعليمات الراشدين آمراً في غاية الأهمية، وأثناء بذل الجهد للحصول على الإذعان من الأطفال يستخدم الآباء عادة الطرق التي تعلموها من آبائهم او التي تعلموا بالمحاولة والخطأ، وأحياناً يستخدمن طرقا غير مجدية، ومن ثم فقد يجعلون علاقة الطفل بهم أسوأ.

التي تتضمن سوء العلاقات داخل الاسرة و مع المجتمع الخارجي فالاسرة هي المؤثرة في عملية التنشئة الاجتماعية لافرادها خاصة صغار السن، وقد لا يمكن ان تؤدي الاسرة و اجبها كاملاً في التنشئة الاجتماعية نتيجة غياب الاب الذي يمثل السلطة الضابطة فيها ونتيجة لذلك قد تبرز مشكلات متعدده مثل عدم تقدير كل فرد في الاسرة للمسؤليات الجديدة التي ظهرت و منها الخلافات بين الابناء، و انشغال كل منهم بمشكلات فرعية دون الاهتمام بمستقبل الاسره[٢٢٩].

رابعا :المشكلات التعليمية

يشكل الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي تحدياً كبيراً للمعلم داخل الفصل لما يتصف به سلوكهم من رفض لاتباع التعليمات وعدم احترم الاخرين والحركة الكثيرة ونوبات الغضب ولا يقتصر على ذلك وانما يمتد ليؤثر على نظام العمل ويتمثل في الفشل في انهاء الواجب المنزلي وانجاز الاعمال المكلف بها والمدرسة ويتمثل في الغياب والتأخر وعدم الالتزام بالقواعد والمعلم حيث مقاطعة حديثه وعدم الالتزام بتعليمات والتلاميذ حيث الابتزاز والوعيد والتهديد[٢٣٠]

وتتمثل اهم المشكلات التعليمية لدي هؤلاء التلاميذ التهريج داخل الفصل و الاحتكاك بالمعلمين وعدم احترامهم، والعناد، والتحدي، وتخريب الاثاث المدرسي و الفصل(مقاعد الدراسة – حوائط الفصل – دورات المياة)، والاهمال المتعدد لنصائح المعلم و بالتالي للمناهج الدراسية، كذلك النظم و القوانين المدرسية، وعدم الانتظام في الدراسة، ومقاطعة المعلم اثناء الشرح، والقاء الطباشير، واستعمال الالفاظ البذيئة، واحداث اصوات مزعجة بالاقدام في ارضية الفصل ... وغيرها من تلك المظاهر التي اصبحت منتشرة بين تلاميذ المرحلة الابتدائية.

من الواضح ان هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات السلوك الفوضوي المعطل (اضطراب العناد المتحدي) والصعوبات التعليمية، وكما تم ذكره سابقاً نجد آن كثيراً من الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي أو الأطفال المعطلين و الفوضويين لديهم عجز تعليمي قابل للتشخيص، حتى لو لم يتم تشخيص حالة الطفل بالإعاقة التعليمة، قد يستمر في نضاله بالمدرسة، ويعمل الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية في اغلب الاوقات ولا يجدون من يتمم لهم العمل ومن المكن أن يكونوا غير منظمين ، ولديهم مهارات استذكار محدودة، ولديهم صعوبة في تدبير وتنظيم وقتهم على نحو مؤثر، وقد يكون لدى هؤلاء الأطفال علاقات ضعيفة مع المدرسين، من شأنها أن تؤثر على أدائهم الأكاديمي.

ورغم أن الدراسات العملية الحديثة قد أوضحت أن اضطراب العناد المتحدى يرتبط بالضعف المعرفي والتأخر الدراسي، إلا أنها قد بينت في نتائجها انه منفصل عن صعوبات التعلم حيث إنه قد يوجد اضطراب العناد المتحدى وحده لدى لطفل، وينجم عنه عدد من المشكلات التعليمية التي تؤدى إلي تأخر الطفل دراسياً، كذلك قد توجد صعوبات التعلم وحدها بدون هذا الاضطراب وهى تؤدى إيضاً إلى تأخر الطفل دراسياً ، وقد يجتمع هذا الاضطراب مع صعوبات التعلم لدى الطفل في وقت واحد ، وهنا تتفاقم المشكلة حيث يزداد مستوى التأخر الدراسي لدى الطفل ويصعب تحسينه. و غالباً ما ترجع هذه الانماط

السلوكية الي عوامل كثيرة متشابكة منها عوامل شخصية و اخري اجتماعية مثل عجز الوالدين عن توجيه الابن او فشله في الحصول علي المحبة و التقدير من الكبار في المنزل، او عدم احترامهم لوجهة نظره ومعاملته كطفل[٢٣١] .

كما قد ترجع هذه الانماط السلوكية الي فشل التلميذ في تحقيق ذاته، او فشله في الدراسة ، او فشله في كسب عطف ومحبة المعلم ، مما يجعله يعادي السلطة ممثلة في اوامر المعلم و نظم المدرسة ...الخ، وقد ترجع ايضاً لعدم قبوله اجتماعياً، فيسلك هذا السلوك العدواني كي يفرض ذاته و يعادي المجتمع[٢٣٢].

مراجع الفصل الأول

(1) American Academy of child and Addescent psychiatry: "practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry. ،(2007)، 46(1) ،126-141.

(٢) محمد حسن غانم : الغيرة لدي الاطفال وعلاجها ، المكتبة المصرية ، ٢٠٠٦، ص ص٩:١٠.

(٣) محمد أحمد محمود خطاب : فاعلية برنامج علاجي باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال المتوحدين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة عين شمس ، معهد الدراسات النفسية و الاجتماعية ، القاهرة ٢٠٠٤، ص٨.

(٤) علي محمود محمد عبد المطلب : برنامج ارشادي سلوكي لخفض بعض الاضطرابات السلوكية لدي عينة من طلاب التعليم الثانوي في صعيد مصر (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية ، جامعة المنيا، ٢٠٠٧، ص٧.

(5) Christophersen ، E ،&Mortweet ،s. ،: Treatments that work with children empirically supported strategies for managing childhood problems ، Washington American ، sychological Association (2001).

(6) Commonwealth of Virginia : collection of evidence – based treatment rded ، modalities for children and adolescents with mental health treatment needs ، Virginia ، Richmond ،. (2008) ،p 94.

(7) Boesky ، L: Juvenile offenders with mental Health disorder: Who are they and what do we do with them? Oppossional defiant disorder and conduct disorders ، Maryland ، American correctional Association. . ،(2002).

(٨) حكمت الحلو : مشكلات الأطفال السلوكية في البيت والمدرسة ، دار النشر للجامعات، القاهرة، ٢٠٠٩، ص٨٧.

(٩) محمود عبد الرحمن حمودة ، إلهامي عبد العزيز امام : مقياس الحالة النفسية للمراهقين و الراشدين ، ط١، دار الفكر العربي ، القاهرة ، ١٩٩٦، ص ص ٥:٦.

(١٠) طارق عبدالرؤوف عامر ، ربيع محمد : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ٢٠٠٨ ، ص ، ص ٧٤ : ٧٧ .

(١١) عبد الحميد محمد على ، منى إبراهيم قرشي : مشاكل الطفل النفسية (سلسله الاضطرابات النفسية)، طيبة للنشر و التوزيع القاهرة ، ٢٠٠٩، ص٢٧.

(١٢) بؤلا حريقة : العناد ، موسوعة الاسرة الحديثة – سيكولبيديا (تربوية – نفسية – اجتماعية)، الجزء الحادي عشر، بيروت، ص١٣٥ .

(13) American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorder ،4th ed ، Washington ،Dc: Author ، (2002).

(١٤)أحمد عبد الكريم ، محمد أحمد خطاب : الإرشاد النفسي و الاضطرابات الانفعالية للأطفال و المراهقين ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، القاهرة ، ٢٠١٠.

(١٥)عبد الله عسكر :الاضطرابات النفسية للأطفال ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ٢٠٠٥، ص٦٦:٦٧.

(١٦)طارق عبدالرؤوف عامر ، ربيع محمد : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ٢٠٠٨ ، ص : ص ٧٤ : ٧٧ .

(17) American Psychiatric Association :Diagnostic and statistical manual of mental disorder ،4thed ، Washington ،Dc :Author(2002) ،.p.100.

(١٨) جمعه سيد يوسف : الاضطرابات السلوكية وعلاجها ، دار الغريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة ، ٢٠٠٠ ، ص ٢٧٨: ٢٨١ .

(١٩) لطفي الشربيني : معجم مصطلحات الطب لنفسي، مركز تعريب العلوم الصحية جامعة الدول العربية، الكويت ، ٢٠٠٣ ، ص ١٢٧:١٢٨.

(20) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. ،(2006) ،.p212.

(٢١) جمعة سيد يوسف : الاضطرابات السلوكية و علاجها ، دار الغريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة ، ، ٢٠٠٠ص ٢٧٨ .

(22) Wolvin، M. M.; Pham، A. V.; Carlson، J. S:. Oppositional Defiant Disorder. Goldstein، S. & Naglieri، J. A. (Eds.)، Encyclopedia of Child Behavior and Development. New York: Springer. (2011). ،p ،1040.

(٢٣) باسكويل ج. اكاردو و بابراوايي ويتهان: معجم المصطلحات إعاقات النمو. ترجمة كريهان بدير، نبيل حافظ، القاهرة: عالم الكتب، ٢٠٠٧ ، ص٥٥٤.

(24) Fundukian، L. J & Wilson، J: The Gale encyclopedia of mental health. 2 ed، Detroit: Gale. . (2008) ،.p 821.

(٢٥) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ملحق (النشرات الارشادية)، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية ، جامعة قنا ، ص ١.

(26) Sadock ،.& Benjamin: Kaplwn& Sadock's concise textbook of child and adelescen psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins ،. (2009). ،p 93.

(27) Herbert ،M. & wookeyj : Managingchildren's disruptive behavior :a guide for practitioners working with parents and foster parents ، England ، John Wiley & Sons ، Ltd. (2004) ،p43

(28) Sadock ، B.& Sadock ، J: Kaplwn& Sadock's concise textbook of child and adelescen psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins ،. (2009). ،p 93.

(29) Danforth ، J. S: Training Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In Briesmeister ، J. ، M.& Schaefer. C. ، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping

parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken ، New Jersey: John Wiley ، . (2007).p354.

(30) Deborah ، D. ، Kenneth ، Gabrielle ، C & Evelyn ، B. ،: "ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children external validators and comorbidity" ، journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry ، 43 (6) ،(2005) ،p 287:285.

(31) Snoek ، H. ، Van Goozen ، S. H. M.; Matthys ، W.; Buitelaar ، J.& Van England ، H: Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. Development and Psychopathology ، 16 (2) . (2004) ، 389-406.

(32) Greene ، R. W.; Doyle ، A. E: Toward a transactional conceptualization of , oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. Clinical Child and Family Psychology ، 2 (3) . (1999) ،p 129-148.

(33) Deborah ، D. ، Kenneth ، Gabrielle ، C & Evelyn ، B. ، (2004) : "ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children external validators and comorbidity" ، journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry ، 43 (6) ،p 285-287.

(34) American Academy of child and Addescent psychiatry: " practize parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry ،46(1) . ،(2007) ، ،126-141.

(35) Deborah ، D. ، Kenneth ، Gabrielle ، C & Evelyn ، B. : "ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children external validators and comorbidity" ، journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry ، 43 (6) ، (2005) ،p 290:287.

(36) Pardini ،D.& Lochman ،J : Treatments foroppositional defiant disorder ، In Reinecke .M ، Dattilio.F ، Freeman. A ،

Cognitive therapy with children and adolescents، (pp.43-69)، New York، Guilford Press. .(2006) ،p 47:46.

(٣٧) فوقية حسن رضوان: الاضطرابات النفسية تشخيص و علاج ، دار الكتاب الحديث ، ٢٠٠٣، ص٨٦.

(38) Gorman – Smith ، D : The social ecology of community and neighborhood and risk for antisocial behavior ، in Essau ، C. : conduct and ODD ، epidemiology ، risk factors and treatment ، (pp.117 – 361) ، London ، Lawrence frlbaum Associates publishers. ، (2003) ،p 120:117 .

(٣٩) بدر ابراهيم الشيباني: سيكولوجية النمو (تطور النمو من الاخصاب حتى المراهقة). الكويت: دار الوراقين للنشر والتوزيع، ٢٠٠٠ ، ص ٦٦.

(40) Oberst ، U. E.& Stewart ، A. E. :Adlerian Psychotherapy: An Advanced Approach to Individual Psychology. (Advancing Theory in Therapy).New York: Brunner-Routledge. (2003).p109.

(41) Schultz ، D. P.& Schultz ، S. E Theories of Personality ، 9 ed ، Belmont: Wadsworth Cengage Learning. . (2009). ،p 155.

(42) Borduin ، C. ، Schaeffers ، C. & Ronis: multisystemic treatment of serious antisocial behavior in adolescents ، in Essau ، C.: conduct and oppositional defiant disorders ، epidemiology ، risk factors and treatment ، London ، Lawrence Erlbaum Association publishers. ، (2003) ، pp.299-318.

(43) Thyer ، B. A.&Wodarski ، J. S:Handbook of empirical social work practice. Hoboken ، New Jersey: Wiley ، . (1998) ، p91-93.

(44) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 3rd Edition (DSM-III) ، Washington ، D.C.: American Psychiatric Association. (1980) ،p63-64.

(45) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (3rd ed) Revised (DSM-III-R) ،

Washington ،D.C.: American Psychiatric Association، (1987) .p56.

(46) Pardini & Lochman:" Behavioral interventions and parent training within the cassp system " the effectiveness of using direct commands to manage ADHD/ODD in the home environment Ph.D. ، Capella university. ، (2006). ،p45:43.

(٤٧) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة"، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ١٤.

(48) American Academy of child and Addescent psychiatry: "practize paramerte for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the amirican Academy of child and Adolscent psychiatry ،46(1) . (2007) ،126-141.

(49) American Psychiatric Association. :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition (DSM-IV) ، Washington ، D.C.: American Psychiatric Association. (1994) ،p93-94.

(٥٠) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ص١٦:١٥.

(51) Matthys ، W.& Lochman ،: J. E Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken ، New Jersey: Wiley. (2010).p76.

(52) World Health Organization :The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. . (1992) ،.p 270-271.

(53) Burke ، J. D.; Hipwell ، A. E.& Loeber ، R:. Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and

conduct disorder in preadolescent girls. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ، 49 (5) . (2010) ، 484-492.

(٥٤) حسين محمد عبد المؤمن : مشكلات الطفل النفسية ، دار الفكر الجامعي ، القاهرة ، ١٩٩٦، ص ١٢٥.

(٥٥) محمد أيوب شحيمي : مشاكل الأطفال كيف نفهمها ؟، المشكلات و الاضطرابات الطفولية و سبل علاجها ، دار الفكر اللبناني ، بيروت ، ١٩٩٤، ص ص٨٤:٨٥.

(56) American Academy of child and Addescent psychiatry: "practize paramerte for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the amirican Academy of child and Adolscent psychiatry ،46(1) . ، (2007) ،126-141

(٥٧) عطية محمد واخرون :علم نفس مرحلة الطفولة ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة ، ط١، ٢٠٠٠، ص ٤٨.

(٥٨) محمود حمودة : الطفولة و المراهقة و المشكلات النفسية و العلاج ، القاهرة ١٩٩١، ص ص١٦٤:١٦٥.

(59) American Psychiatric Association :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) ، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. . (2000)p.100.٠.

(60) Ryst ، E.&Matuszak ، J :Disorders of Childhood. In Guerrero ، A.&Piasecki ، M. (Eds.) ، Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry (253-267) ، New York: Spring. . (2008).p262.

(61) Lamb ، GChildhoodBehavioural Disorders. In Skuse ، D.; Helen ، B.; Dowdney ، L.&Mrazek ، D. (Eds) ، Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice (175-179). 2 ed ، Hoboken ، New Jersey ، John Wiley. . (2011).p175.

(٦٢) بؤلا حريقة : العناد ، موسوعة الاسرة الحديثة – سيكولبيديا (تربوية – نفسية – اجتماعية)، الجزء الحادي عشر، بيروت، ص١٣٦.

(٦٣) عبد الكريم بكار : مشكلات الاطفال " تشخيص وعلاج لاهم عشر مشكلات "، درا السلام للطباعة والنشر والتوزيع و الترجمة ، القاهرة ، ٢٠١٠، ص ٩٣.

(٦٤) جمعة سيد يوسف : مرجع سبق ذكره ، ٢٠٠٠، ص٢٧٨.

(٦٥) نبيله عباس الشوربجي : المشكلات النفسية للأطفال ، (أسبابها ، وعلاجها)، دار النهضة العربية ، القاهرة ، ص١٢٦.

(٦٦) جمعة سيد يوسف : الاضطرابات السلوكية و علاجها ، دار الغريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة ، ٢٠٠٠، ص٢٧٩: ٢٨٠.

(67) Dengangi&Kendell .A. ،:6 Affective Parenting for the hard – to – manage child : a skills based guide ، new york ، Routtedgetaylor&Francis group ،(2008). ،p 111.

(68) Barkley ، R. A.& Benton ، C. M. Your defiant child: 8 steps to better behavior. ، New York: Guilford Press. (1998) ،p10-11.

(٦٩) بشير الرشيد واخرون: سلسة تشخيص الاضطرابات النفسية، الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة (٢). المجلد الثانى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت، ٢٠٠١، ص ٩٦-٩٧.

(70) Pierangelo ، R.& Giuliani ، GClassroom management for students with emotional and behavioral disorders: a step-by-step guide for educational. Thousand Oaks California: Corwin Press. . (2008).p106.

(71) Longe ، J. L: Gale Encyclopedia of Children's Health: Infancy through Adolescence ، 2 ed ، Detroit: Gale. . (2011).p1632.

(72) Frick ، P.; Barry ، C.&Kamphaus ، R Clinical Assessment of Child and Adolescent Personality and Behavior. New York: Springer. (2010).p57.

(73) Darwin ، C: Collaborating Successfully with School Professionals. In Selekman ، M.D. (ed.) Collaborative Brief Therapy with Children (218-242). New York: Guilford Press. (2010).p228.

(74) Fraire، M. G.&Ollendick، T. H. Anxiety and oppositional defiant disorder: A transdiagnostic conceptualization. Clinical Psychology Review، 33 (2) (2013).، 236.

(75) Costello، E. J.; Angold، A.; Burns، B.; Erkanli، A.; Stangl، D.& Tweed، D: Thegreat smoky mountains study youth: funcational impairment and serious emotional disturbance. Archive of General Psychiatry، 53 (12)،. (1996). 1135-1143.

(76) Burke، J. D.; Pardini، D. A.& Loeber، R: Reciprocal Relationships Between Parenting Behavior and Disruptive Psychopathology from Childhood Through Journal of Abnormal Child psychology and Adolescence.، 36(5)،(2008)، p8.

(77) Makin-Byrd، K.&Bierman، K. L:Individual and Family Predictors of the Perpetration of Dating Violence and Victimization in Late Adolescence. Journal of Youth and Adolescence، 42 (4)،.(2013).p 536–550.

(78) Stepp، S. D.; Burke، J. F.; Hipwell، A. L.& Loeber، R. :Trajectories of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder Symptoms as Precursors of Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescent Girls. Journal of Abnormal Child psychology، 40 (1) (2012). ، 7–20

(79) Coolidge، F. L.; DenBoer، J. W.& Segal، D. L Personality and neuropsychological correlates of bullying behavior. Personality and Individual Differences، 36(7) . (2004). p 1559-1569.

(٨٠) زكريا الشربيني :المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي، ١٩٩٤، ص ٤٧.

(81) American Psychiatric AssociationDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. (2000) .p101.

(82) Ryst ، E.&Matuszak ، J: Disorders of Childhood. In Guerrero ، A.&Piasecki ، M. (Eds.) ، Problem-Based Behavioral Science and Psychiatry (253-267) ، New York: Spring. (2008)p262.

(83) Lamb ، G. :Childhood Behavioural Disorders. In Skuse ، D.; Helen ، B.; Dowdney ، L.&Mrazek ، D. (Eds) ، Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Practice (175-179). 2 ed ، Hoboken ، New Jersey ، John Wiley. (2011).p175.

(٨٤) طارق عبد الرؤوف عامر ، ربيع محمد : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ٢٠٠٨ ، صـ ، صـ ٧٤ : ٧٧ .

(85) American Psychiatric AssociationDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) ، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. (2000).p101.

(86) Angold ، A.& Costello ، E. J: The epidemiology of disorders of conduct: nosological issues and comorbidity. In: Hill ، J.& Maughan ، B. (Eds). Conduct disorders in childhood and adolescence. (126- 168). New York: Cambridge University Pressp143.

(87) Rey ، J.; Walter ، G.&Soutullo ، C Oppositional Defiant and Conduct Disorders. In: Martin ، A.&Volkmar ، F. R. (Eds) ، Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook (454- 466). 4th ed ، Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ، (2007).p457.

(88) Jellinek etal.: " treatments that work with children empirically supported strategies for managing childhood problems Washington ، American psychological Association . (2002) ،p 293.

(89) Griffin ، W. A:Family Therapy. In Hersen ، M.& Sledge ، W.

(Eds) ، Encyclopedia of Psychotherapy ، New York: Academic Press. . (2002) .p793-800.

(90) Tennessee Department of Mental Health and Development Disabilities ، (2008) : "ODD" Australian family physician ،. p 60.

(91) Matthys ، W.& Lochman ، J. E:. Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken ، New Jersey: Wiley. (2010).p87.

(92) American Psychiatri Disorders (4th ed.) ، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. (2000).p100.

(93) American Academy of child and Addescent psychiatry: "practize paramerte for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the amirican Academy of child and Adolscent psychiatry ،46(1) ، . ، (2007)126-141.

(94) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) ، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. . (2000).p101.

(٩٥)زكريا الشربيني : المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القـاهرة ، ١٩٩٤، ص٥١.

(96) Shaner ، R. :Psychiatry. Williams & Wilkins. (2000).

(٩٧) لطفى الشربيني: معجم مصطلحات الطب النفسي(مركز تعريب العلوم الصحية)، جامعة الدول العربية، الكويت،٢٠٠٢، ص ٢٢.

(98) Brown ، R. T.; Freeman ، W. S.; Perrin ، J. M.; Stein ، M. T.; Amler ، R. W.; Feldman ، H. M.; Pierce ، K.&Wolraich ، M. L. Prevalence and Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care Settings. American academy of pediatrics ، 107 (3) ،(2001). ، p 1-11.

(99) Angold ، A.& Costello ، E. J: Toward establishing an empirical basis for the diagnosis of oppositional defiant disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ، 35 (9) ، (1996). p1205–1212.

(100) Lahey ، B. B.& Loeber ، R Attention-deficit/hyperactivity disorder ، oppositional defiant . disorder ، conduct disorder ، and adult antisocial behavior: A life span perspective. In D. M. Stoff ، J. Breiling ، & J. D. Maser (Eds.) ، Handbook of antisocial behavior .Hoboken ، New Jersey: Wiley. (1997).p51–59.

(101) Lahey ، B. B.; Loeber ، R.; Quay ، H. C. ،; Frick ، P. J.& Grimm ، J.: Oppositional defiant and conduct disorders: Issues to be resolved for DSM-IV. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ، 31(3) ، (1992) ، p539-46.

(102) Anne ، H. C.& Kathryn ، H ، L: identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. Psychological Services ، 5(2) . (2007). ،p 139-152.

(١٠٣) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ١٩ .

(١٠٤) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ص٢٠. American psychiatric ،Association (2000) :p 101.

(١٠٥) عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا أحمد الشربيني و أخرون : الطفل ومشكلاته التربوية و الاجتماعية الأسباب و طرق العلاج (موسوعة تنمية الطفل الجزء الأول) ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة، ٢٠٠٣، ص ص١١٤:١١٥.

(106) Heather etal. (2003) : Educating Oppositional and Deficit

children ، Virginia Association for supervision and curriculum development (ASCD) ،p104.

(107) Silverthorn etal :"Sibling of children with developmental disabilities ،Social competency ، behavioral problems and self-concept characteristics" ، Dissertation Abstracts International ، B –58/08 ،2001 ،34

(108) American psychiatric Association ،(2000) :p 101 .

(109) Tennessee Department of Mental Health and Development Disabilities : "ODD" Australian family physician ،. ، (2008) P 60.

(110) Stancin: Oppositional Defiant Disorder. In H. I. Kaplan & B. 1. Sadock (Eds.) ، Comprehensive textbook of psychiatry ، 5th ed. . ،(2005) ، pp. 91.

(111) Fraser ، A. &wray . J . m ، : "ODD" Australian family physician ، 37 (4) ، (2008).p 402 – 404 .

(112) Delaunary . D. purper – ouakil & mouren ، M :" Oppositional Defiant Disorder and family tyranny : Towards individuation of clinical sub types " ،Annales Médico psychologiques revue psychiatique ، . (2005) ،p 514 ، 1-8.

(113) child ، youth and family : working with children and young people with mental health problems and their families ، Willington ، department of child ، youth and family services . ، (2002)

(114) American psychological Association ، : Childhood mental health disorders evidence base and contextual factors for psychosocial ، psycho ، pharmacological ، and combined interventions . American psychological . association ، Washington ، Dc. ، (2008) p33.

(115) Ersan ، E ، Dogan ، O . ، Dongan ، S . &sümer ، H ،H. :" the

distributor of symptoms of Attention Deficit Hyper activity disorder and ODD in school age children turkey ". ،European child & Adolescent psychiatry ، 13 (6) (2004) ، 354 – 361 .

(١١٦) جمعة سيد يوسف : مرجع سبق ذكره ، ٢٠٠٠، ص٢٧٩.

(١١٧) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية، جامعة قنا ، ص ص٢٥:٢٦.

(118) American Academy of child and Addescent psychiatry: "practize paramerte for the assessment and treatment of children and adolescents with Oppositional defiant disorder. " journal of the amirican Academy of child and Adolscent psychiatry ،46(1) . (2007) ،p126-141.

(119) Sofia ، D.; Frank ، C. V.& Jan ، V. D. :Testing Developmental Pathways to Antisocial (Personality Problems. Journal Abnormal Child Psychology ، 38 (1) (2010). ،p 91–103.

(١٢٠) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ٢٠.

(121) Mannuzza ، S.; Klein ، R. G.; Abikoff ، H.& Moulton ، J. L Significance of Childhood Conduct Problems to Later Development of Conduct Disorder Among Children With ADHD: A Prospective Follow-Up Study. Journal of Abnormal Child Psychology ، 32 (5) . (2004). ،p 565-573.

(122) Rowe ، R.; Maughan ، B.; Pickles ، A.; Costello ، E. J.& Angold ، A: The relationship between DSM-IV Oppositional Defiant Disorder and conduct Disorder: Findings from the great smoky mountains study. Journal of Child Psychology and Psychiatry ، 43(3) . (2002). ،p 365-373.

(123) Goldstein ، S.& Rider ، R:Handbook of Resilience in Children. New York: Springer .,(2005).p213.

(124) O'Reilly، D. :Conduct Disorder and Behavioural Parent Training: Research and Practice. New Jersey: Jessica Kingsley Publishing. (2005).p41.

(125) Lavigne، J. V.; Cicchetti، C.; Gibbons، R. D.; Binns، H. J.; Larsen، L.& DeVito، C: Oppositional defiant disorder with onset in preschool years: longitudinal stability and pathways to other disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry، 40(12) . (2001).p 1393-1400.

(126) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)، Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association. (2000).p98-99.

(127) McMahon، R. J.& Wells، K. C: Conduct problems. In Mash، E. J.، & Barkley، R. A. (Eds.)، Treatment of childhood disorders (111–210). 2nded، New York: Guilford Press. . (1998).p13.

(128) World Health Organization:The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. (1992).271:270.

(129) O'Reilly، D :Conduct Disorder and Behavioural Parent Training: Research and Practice. New Jersey: Jessica Kingsley Publishing ،(2005).p41.

(130) Joyce، D.& Oakland، T: Temperament Differences Among Children with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder. The California School Psychologist، 10، (2005).p125-136.

(131) Emond، A.; Ormel، J.; Veenstra، R.&Oldehinkel، A Preschool Behavioral and Social-Cognitive Problems as Predictors of (Pre) adolescent Disruptive Behavior. Child Psychiatry and Human Development، 38 (3) . (2007)، p 221-236.

(132) Brinkmeyer، M. YConduct disorder in young children: A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus oppositional defiant disorder. Published Doctoral Dissertation. Gainesville، FL: University of Florida. . (2006).

(133) Millichap ،J.G:Attention Deficit Hyperactivity Disorder Handbook A Physician's Guide to ADHD. 2 ed، New York: Springer. (2010).

(134) Gopin، C. B.; Healey، D. M.; Grossman، B. R.; Campbeld S. B.&Halperin J. M: Task Palatability ، But Not Structure ، Differentially Influences Mother-Child Interactions in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Children With and Without Oppositional Defiant Disorder. Infant and Child Development، 21 (4) . (2012). ،p 394-410.

(135) Reimherr، F. W.; Marchant، B. K.; Olsen، J. L.; Wender، P. H.& Robison، R. J: Oppositional Defiant Disorder in Adults With ADHD. Journal of Attention Disorders، 17 (2)، . (2013). p 102 –113.

(١٣٦) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ٣٣.

(137) Beebe، D. W The Psychological Evaluation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in School-Aged Children: A Clinical Approach Based on Recent Practice Guidelines. In Gozal، D. Molfese، D. L. Attention deficit hyperactivity disorder: from genes to patients. (143-163)، New Jersey: Humana Press. . (2005).p150.

(138) Buttross، L. SUnderstanding، Attention Deficit Hyperactivity Disorder. University Press of Mississippi، American University Presses. ،(2007).p51.

(139) First، M. B.& Tasman، A.Clinical: guide to the diagnosis and treatment of mental disorders. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2006) .p51.

(140) Kelly، K: Encyclopedia of attention deficit hyperactivity disorders. Santa Barbara Greenwood Press. (2009).p64.

(141) 1Jacobelli، F.& Watson، L. A : ADD/ADHD drug free: natural alternatives and practical exercises to help your child focus. New York: AMACOM. (2007).p22.

(142) Hillstead، D. R: A qualitative study of families with an oppositional defiant adolescent malewho is participating in a therapeutic wilderness program: Factors that lead torelationship disintegration and resolution. Published Doctoral Dissertation، Utah، Brigham Young University. (2004).

(143) Vitola، E. S.; Salgado، C. A.; Silva، K. L.; Karam R. G.; Victor، M. M.; Mota، N. R.; Contini، V.; Picon F. A.; Guimaraes-da-Silva، P. O.; Giordani، R. S.; Rohde L. A.; Belmonte-de-Abreu، P.; Bau C. H.&Grevet، E. H: The role of a lifetime history of oppositional defiant and conduct disorders in adults with ADHD: implications for clinical practice. CNS Spectrums، 17 (2) . (2012)، p 94-99.

(١٤٤) مجدى محمد الدسوقى : اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الذائد الأسباب- التشخيص- الوقاية والعلاج. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠٠٦، ص٥١.

(145) Qian، Y.; Shuai، L.; Cao، Q.; Chan، R. C.& Wang، Y: Do Executive Function Deficits Differentiate Between Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) And ADHD Comorbid With Oppositional Defiant Disorder? A Cross-Cultural Study Using Performancebased Tests And The Behavior Rating Inventory Of Executive Function. The Clinical Neuropsychologist، 24 (5)، (2010). ،p 793–810.

(146) Rhodes، S. M.; Park، P.; Seth، S.; Coghill، D. R: A Comprehensive investigation of memory impairment in attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry، 53 (2) . (2012) ،p 128–137.

(147) Forssman، L.; Eninger، L.; Tillman، C. M.; Rodriguez، L.&Bohlin، G Cognitive Functioning and Family Risk Factors in Relation to Symptom Behaviors of ADHD and ODD in Adolescents. Journal of Attention Disorders، 16 (4)، . (2012).p 284-294.

(148) Brammer، W. A.& Lee، S. S: Impairment in Children With and Without ADHD: Contributions From Oppositional Defiant Disorder and Callous-Unemotional Traits. Journal of Attention Disorders، 16 (7)، (2012) ،p 535–543.

(149) Chandler، J. :Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment. Available at:

www.klis.com/chandler/pamphlet /oddcd/ oddcdpamphlet.htm#_Toc121406159 ،(2013)

(150) Kim، H. W.; Cho، S. C.; Kim، B. N.; Kim، J. W; Shin، M. S.& Yeo، J. Y: Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit hyperactivity disorder?. Comprehensive Psychiatry، 51 (4) . (2010) ،p 412– 418.

(151) Brock، S. E.; Jimerson، S. R.& Hansen، R. L: Identifying، Assessing، and Treating ADHD at School. New York: Springer.(2009).p54.

(152) Hughes، L.& Cooper، P: Understanding and supporting children with ADHD Strategies for Teachers، Parents and Other Professionals. London، Paul Chapman Publishing. . (2007).

(١٥٣) جمعه سيد يوسف : مرجع سبق ذكره ، ٢٠٠٠ ، صـ ٢٨١.

(154) Pardini &lochman . " Behavioral interventions and parent training within the cassp system " the effectiveness of using direct commands to manage ADHD/ODD in the home environment Ph.D. ، Capella university. (2006). ، ،p45:46.

(١٥٥) بطرس حافظ بطرس :الصحة النفسية للطفل في المدرسة ، دار الكتب والوثائق القومية ، المركز القومي لثقافة الطفل ، القاهرة ، ٢٠١٠، ص٣٠.

(١٥٦) محسن على عطيه ، إيناس خليفة خليفة : المشكلات السلوكية لأطفال الروضة ، دار المناهج للنشر و التوزيع ، عمان ، ٢٠٠٨، ص٢٣١.

(١٥٧) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ١١.

(١٥٨) زكريا الشربينى :المشكلات النفسية عند الأطفال. القاهرة: دار الفكر العربي، ١٩٩٤، ص ٣٣.

(١٥٩) عبد المجيد سيد أحمد منصور ، زكريا أحمد الشربيني و أخرون : الطفل ومشكلاته التربوية و الاجتماعية الأسباب و طرق العلاج (موسوعة تنمية الطفل الجزء الأول) ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة، ٢٠٠٣، ص ص١١٩: ١٢٠.

(١٦٠) سناء محمد سليمان :مشكلة العناد عند الأطفال ، عالم الكتاب، القاهرة ، ٢٠٠٥.

(١٦١) طارق عبدالرؤوف عامر ، ربيع محمد : تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان ٢٠٠٨ ، صـ، صـ ٧٤ : ٧٧.

(162) McKinney ، C.&Renk ، K. : Emerging Research and Theory in the Etiology of Oppositional Defiant Disorder: Current Concerns and Future Directions. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy ، 3 (3). (2007) ، p 349-371.

(163) Jacobelli ، F.& Watson ، L. A. :ADD/ADHD drug free: natural

alternatives and practical exercises to help your child focus. New York: AMACOM. (2007).p22.

(١٦٤) آلان كازدين : الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين، (ترجمة. عادل عبد الله محمد)، دار الرشاد القاهرة، ، ٢٠٠٣، ص١٠٩.

(165) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th Edition (DSM-IV) ، Washington ، D.C.: American Psychiatric Association. (1994).p92.

(166) Ford ، J. D.; Racusin ، R.; Daviss ، W. B.; Ellis ، C. G.; Thomas ، J.; Rogers ، K.; Reiser ، J: Schiffman ، J.&Sengupta ، A: Truama exposure among children with Oppositional Defiant Disorder and Attention Dficit Hyperactivity Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology ، 67 (5) . (1999) ،p 786-789.

(167) Mikolajewski ، A.J.; Allan ، N.P.; Hart S. A.; Lonigan ، C.J.& Taylor ، J: Negative Affect Shares Genetic and Environmental Influences with Symptoms of Childhood Internalizing and Externalizing Disorders. Journal Abnormal Child Psychology ، 41(3) . (2013) .p411-423.

(١٦٨) زكريا الشربيني : المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة ، ١٩٩٤، ص٥٢.

(169) Ford ، J.; Racusin ، R.; Ellis ، C.; Daviss ، W.; Reiser ، J.; Fleischer ، A.& Thomas ، J Child maltreatment ، other truama exposure ، and posttraumatic sympomatology among chilsern with oppostionaldfiant and attention dficit hyperactivity disorder. Child Maltreatment ، 5(3) . (2000) ،p 205-217.

(١٧٠) زكريا الشربيني : المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة ، ١٩٩٤، ص٥١.

(171) Snoek ، H. ، Van Goozen ، S. H. M.; Matthys ، W.; Buitelaar ، J.& Van Engeland ، H: Stress responsivity in children with

externalizing behavior disorders. Development and Psychopathology ، 16 (2) . (2004) ، p389-406.

(172) Greene ، R. W.; Doyle ، A. E Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. Clinical Child and Family Psychology ، 2 (3) ، (1999) p134.

(173) Van Goozen ، S. H.; Cohen-Kettenis ، P. T.; Snoek ، H.; Matthys ، W.; Swaab-Barneveld ، H & Van Engeland ، H: Executive functions in children: A comparison of hospitalizd ODD and ODD/ADHD children and normal controls. Journal of Child Psychology and Psychiatry ، 45 (2). (2004). ،p 290.

(174) Matthys ، W; Cuperus ، J. M.& Van Engeland ، H. Deficient social problem solving in boys with ODD/CD ، with ADHD ، and with both disorders. Journal of American Academy of Child and Adolescent psychiatry ، 38 (3) ، (1999) ،p 311-321.

(١٧٥) زكريا الشربيني : المشكلات النفسية عند الأطفال، دار الفكر العربي، القاهرة ، ١٩٩٤، ص٥١.

(176) Flisher ، A.; Kramer ، R.; Hoven ، C.; Greenwald ، S.; Algeria ، M.; Bird ، H.; Canino ، G.; Connell ، R.& Moore ، R: Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ، 36 (1) ، . (1997).p 123-131.

(١٧٧) آلان كازدين : الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين، (ترجمة. عادل عبد الله محمد)، دار الرشاد القاهرة، ، ٢٠٠٣، ص١١٢.

(178) Andersson ، H. W.&Sommerfelt ، K: The relationship between cognitive abilities and maternal ratings of externalizing behavior in preschool children. Scandinavian Journal of Psychology ، 42(5) ،. (2001) . p 437 - 444.

(179) Qian ، Q. J.; Liu ، L.; Wang ، Y-F.; Yang ، L.; Guan ، L.

L.&Faraone، S. V: Attention Deficit Hyperactivity Disorder comorbid oppositional defiant disorder and its predominately inattentive type: evidence for an association with COMT but not MAOA in a Chinese sample. Behavioral and Brain Functions، 5 (1) . (2009). p 1-7.

(180) Snoek، H.، Van Goozen، S. H. M.; Matthys، W.; Buitelaar، J.& Van Engeland، H: Stress responsivity in children with externalizing behavior disorders. Development and Psychopathology، 16 (2) . (2004 ، p389-406.

(181) Van Goozen، S. H.; Cohen-Kettenis، P. T.; Snoek، H.; Matthys، W.; Swaab-Barneveld، H & Van Engeland، H: Executive functions in children: A comparison of hospitalizd ODD and ODD/ADHD children and normal controls. Journal of Child Psychology and Psychiatry، 45 (2). (2004). ،p 290.

(182) Petty، C. R.; Monuteaux، M. C.; Mick، E.; Hughes، S.; Small، J.; Faraone، S. V.&Biederman، J: Parsing the familiality of oppositional defiant disorder from that of conductdisorder: A familial risk analysis. Journal of Psychiatric Research، 43 (4)، . (2009). p345-352.

(183) Gale، B. M. :Oppositional Defiant Disorder. In O'Donohue، W. T.& Draper، C. (Eds). Stepped Care and e-Health Practical Applications to Behavioral Disorders. (181-202). New York: Springer. (2011).p183.

(١٨٤) حسن مصطفي عبد المعطي: الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة(الأسباب – التشخيص – العلاج)، موسوعة علم النفس العيادي(٤) الجزء الرابع، دار القاهرة، القاهرة، ص٤١٧.

(١٨٥) بشير الرشيدي، واخرون : سلسة تشخيص الاضطرابات النفسية(الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة)(٢). المجلد الثانى، مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت، ٢٠٠١، ص٩٧.

(186) Grolnick، W. S. :The psychology of parental control: how well-meant parenting backfires. Mawah، New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. (2003).p31.

(187) Leonard، H. J: .Handbook of Primary Care Psychology. New York: Oxford University Press. (2004).p221.

(188) Tung، R.; Li، J. J.& Lee، S. S. Child Sex Moderates the Association between Negative Parenting and Childhood Conduct Problems. Aggressive Behavior، 38 (3)، (2012). P 239 –251.

(189) Marlow، H: Behavior Disorder: A Guide for Teacher& Parents. Dara: Untreed reads Publishing. . (2011).

(190) Lochman، J. E.& Dodge، K. A: Dysfunctional family and social-cognitive process with aggressive boys. Paper presented at the annual meeting of the Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology، Costa Mesa: GA. . (1990).p

(191) Strickland، B. R. The Gale encyclopedia of psychology. Detroit: Gale. (2001).p 466

(192) Coke، S.&Spratling، R: Exploring the Day-to-Day Life of Mothers DealingWith Preschool Children Who Have Behavioral Disorders. Journal of Pediatric Health Care، 27 (1) . (2013)، p23-32.

(193) Dehkordi، M.; sadeghkhani، A.&Jooybari، A:Comparison of the attachment styles of mothers of children with oppositional defiant disorders and mothers of normal children. Clinical، International Journal of Psychology، 47. (2012). ،p 46-108.

(194) Ikäheimo، O.; Laukkanen، M.; Hakko، H.&Räsäne، P. :Association of Family Structure to Later Criminality: A Population-Based Follow-up Study of Adolescent Psychiatric Inpatients in Northern Finland. Child Psychiatry and Human Development ، 44 (2)، (2013). .p 233–246.

(195) Kotarsky ، D. V:Family communication in adolescents diagnosed with comorbid attention deficithyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. Published Doctoral Dissertation ، College of social and behavioral sciences ، Walden University. (2008).

(١٩٦) السيد محمد عبد المجيد : إساءة المعاملة و الامن النفسي لدي عينة من تلاميذ المدرسة الابتدائية (دراسات نفسية)، " بحث منشور "، مجلة تصدر عن رابطة الاخصائين النفسيين المصرية ، المجلد الرابع عشر ، العدد الثاني ، القاهرة ، ٢٠٠٤، ص٢٥٢.

(١٩٧) عماد محمد مخيمر ، عزيز بهلول الظفيري : خبرات الاساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة و علاقتها باضطراب الهوية الجنسية (دراسات نفسية)، بحث منشور "، مجلة تصدر عن رابطة الاخصائين النفسيين المصرية ، المجلد الثالث عشر ، العدد الثالث ، القاهرة ، ٢٠٠٣، ص٤٥٣.

(١٩٨) عبد الوهاب محمد كامل : سوء معاملة وإهمال الاطفال ، دراسة ايديومترية علي عينات مصرية ، دار النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٣، ص١٤٩.

(١٩٩) أحمد السيد اسماعيل : الفروق في اساءة المعاملة و بعض متغيرات الشخصية بين الاطفال المحرومين من اسرهم و غير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة ، ، " بحث منشور "، دراسات نفسية المجلد الحادي عشر ، العدد الثاني (رابطة الاخصائين النفسين المصرية)، القاهرة ، ٢٠٠١، ص ص٢٧٦:٢٧٧.

(٢٠٠) عماد محمد مخيمر ، عماد علي عبد الرازق : خبرات الاساءة التي يتعرض لها الفرد في مرحلة الطفولة و علاقاتها بخصائص الشخصية (دراسة مقارنة بين الجانحين و غير الجانحين) ، " بحث منشور "، المؤتمر الدولي السادس لمركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٩، ص٣١٦.

(٢٠١) سعاد عبد الله البشر : التعرض للاساءة في الطفولة و علاقته بالقلق و الاكتئاب و اضطراب الشخصية الحدية في الرشد ، " بحث منشور "، دراسات نفسية المجلد الخامس عشر ، العدد الثالث (رابطة الاخصائين النفسين المصرية)، القاهرة ، ٢٠٠٥ ، ص ص ٤٠٤:٤٠٠.

(٢٠٢) علاء الدين كفافي :التنشئة الوالدية و الامراض النفسية ، (دراسة امبريقية

اكلينيكية)، هاجر للطباعة و النشر و التوزيع و الاعلان، القاهرة، ١٩٨٩، ص ص٣٥:٣٨.

(٢٠٣) علاء الدين كفافي : الارشاد والاعلاج النفسي الاسري (المنظور النسقي الاتصالي)، ط١، دار الفكر العربي ، القاهرة، ١٩٩٩، ص ص١٥٦:١٥٧.

(٢٠٤) بشير معمرية : خبرات الاساءة في مرحلة الطفولة و علاقتها بالاضطربات النفسية في مرحلة الرشد المبكر (دراسة ميدانية علي عينة من الشباب)، " بحث منشور "، (في المشكلات النفسية و السلوكية للاطفال و الراشدين)، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، القاهرة، ٢٠٠٩، ص ص٦٤ :٤٢.

(٢٠٥) عزه عبد الجليل عبد العزيز عيد الله : تصور مقترح لدور خدمة الجماعة في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدي الاطفال المُساء إليهم ، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي الدولي الحادي و العشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية و الرعاية الانسانية في مجتمع متغير)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثالث، ٢٠٠٨، ص١٢٦٩ .

(٢٠٦) نفس المرجع السابق، ص١٢٦٩ .

(٢٠٧) عزه عبد الجليل عبد العزيز عيد الله : تصور مقترح لدور خدمة الجماعة في التخفيف من حدة المشكلات الاجتماعية لدي الاطفال المُساء إليهم ، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي الدولي الحادي و العشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية و الرعاية الانسانية في مجتمع متغير)، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، المجلد الثالث، ٢٠٠٨، ص١٢٦٩:١٢٧٠ .

(٢٠٨) عماد حمدي داود: تقويم الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية بمراكز رعاية و تأهيل اطفال الشوارع ، " بحث منشور"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد الرابع، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الثاني، ٢٠٠٣، ص٥٨.

(٢٠٩) ممدوح محمد دسوقي: دراسة لبعض التغيرات الاسرية وعلاقاتها بإساءة معاملة الاطفال كمؤشرات لتحديددور اخصائي خدمة الفرد مع هؤلاء الاطفال و اسرهم ، " بحث منشور"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية، العدد السادس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، الجزء الثاني، ٢٠٠٤، ص١٢٥.

(٢١٠) منيرة بنت عبد الرحمن بن عبد الله :ايذاء الاطفال انواعه و اسبابه وخصائص

المتعرضين له، "بحث منشور"، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية ، العدد الحادي عشر ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، الجزء الثاني، ٢٠٠١، ص٧٨.

(٢١١) عزه عبد الجليل عبد العزيز عبد الله: مرجع سبق ذكره ، المجلد الثالث ، ٢٠٠٨، ص١٢٧١ .

(٢١٢) نفس المرجع السابق، ص١٢٧١.

(٢١٣) عزه عبد الجليل عبد العزيز عبد الله: مرجع سبق ذكره ، المجلد الثالث ، ٢٠٠٨، ص١٢٧٢ .

(٢١٤) منال محمد محروس: العلاقة بين ممارسة البرنامج في طريقة العمل مع الجماعات و تعديل السلوك اللاتوافقيللاطفال المساء إليهم ، "بحث منشور"، المؤتمر العلمي الثامن عشر ، المجلد الثاني ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان ، ٢٠٠٥، ص٤٤.

(٢١٥) عزه عبد الجليل عبد العزيز عبد الله: مرجع سبق ذكره، المجلد الثالث ، ٢٠٠٨، ص١٢٧٢ .

(216) Klasen ، H.&Crombag ، A-C. :What works where? A systematic review of child and adolescent mental health interventions for low and middle income countries. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology ، 48 (4) ، (2013). p595-611.

(217) Wolff ، J.&Ollenddick ، T Conduct Problems in Youth: Phenomenology ، Classification ، and Epidemiology. In:Murrihy ، R.C.; Kidman ، A. D.&Ollendick ، T. H. (Eds.) ، Clinical Handbook of Assessing and Treating Conduct Problems in Youth ، (3-20) ، New York: Springer ،(2010) ،p12.

(218) Greene ، R. W: Conduct Disorder and OD. In Thomas ، J.&Hersen ، M. (Eds.) ، Handbook of Clinical Psychology Competencies (1329- 1350). New York: Springer. . (2010).p 1331.

(219) Hipwell ، A. E.; Loeber ، R.; Stouthamer-Loeber ، M.; Keenan ، K.; White ، H. R.&Kroneman ، L: Characteristics of girls with

early onset disruptive and antisocial behaviour. Criminal Behaviour and Mental Health ، 12 (1) . (2002) ،p115.

(220) Costello ، E.; Angold ، A.; Burns ، B.; Erkanli ، A.; Stangl ، D.& Tweed ، D.: The great smoky mountains study youth: funcational impairment and serious emotional disturbance. Archive of General Psychiatry ، 53 (12) .(1996) ، p1135-1143.

(221) Greene ، R.; Doyle ، A.: Toward a transactional conceptualization of oppositional defiant disorder: implications for assessment and treatment. Clinical Child and Family Psychology ، 2 (3) ، (1999) ،p129-148.

(222) Lee ، S Encyclopedia of school psychology. Thousand Oaks California: Sage ، (2005).p350.

(223) Barkley ، R.& Benton ، C: Your defiant child: 8 steps to better behavior. ، New York Guilford Press .(1998).p11:10.

(٢٢٤) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن: تدريب الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية ، دار الفكر العربي القاهرة ، ٢٠٠٣ ص ٢٨ ، ٢٩.

(٢٢٥) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن : تدريب الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية ، دار الفكر العربي، القاهرة ، ٢٠٠٣ ص ٣٥:٣٠.

(٢٢٦) نوف محمد العتيبي : دور خدمة الجماعة في تحقيق التكيف الاجتماعي لأسر السجناء ، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي الدولي الحادي و العشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية و الرعاية الانسانية في مجتمع متغير)، كلية الخدمة الاجتماعية، ، جامعة حلوان ، المجلد الرابع ، ٢٠٠٨، ص ١٦٥٠ .

(227) Herbert ، M. &Wookey . J . : managing children disruptive behavior : a guide for practitioners working with parents and foster parents ، England ، Johnviley& Sons ، ltd. (2004) ،p43.

(٢٢٨) محمد السيد عبد الحميد ، منى خليفة على حسن : تدريب الأطفال ذوى الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية ، دار الفكر العربي، القاهرة ، ٢٠٠٣ ص ٣٥:٣٠.

(٢٢٩) نفس المرجع السابق .

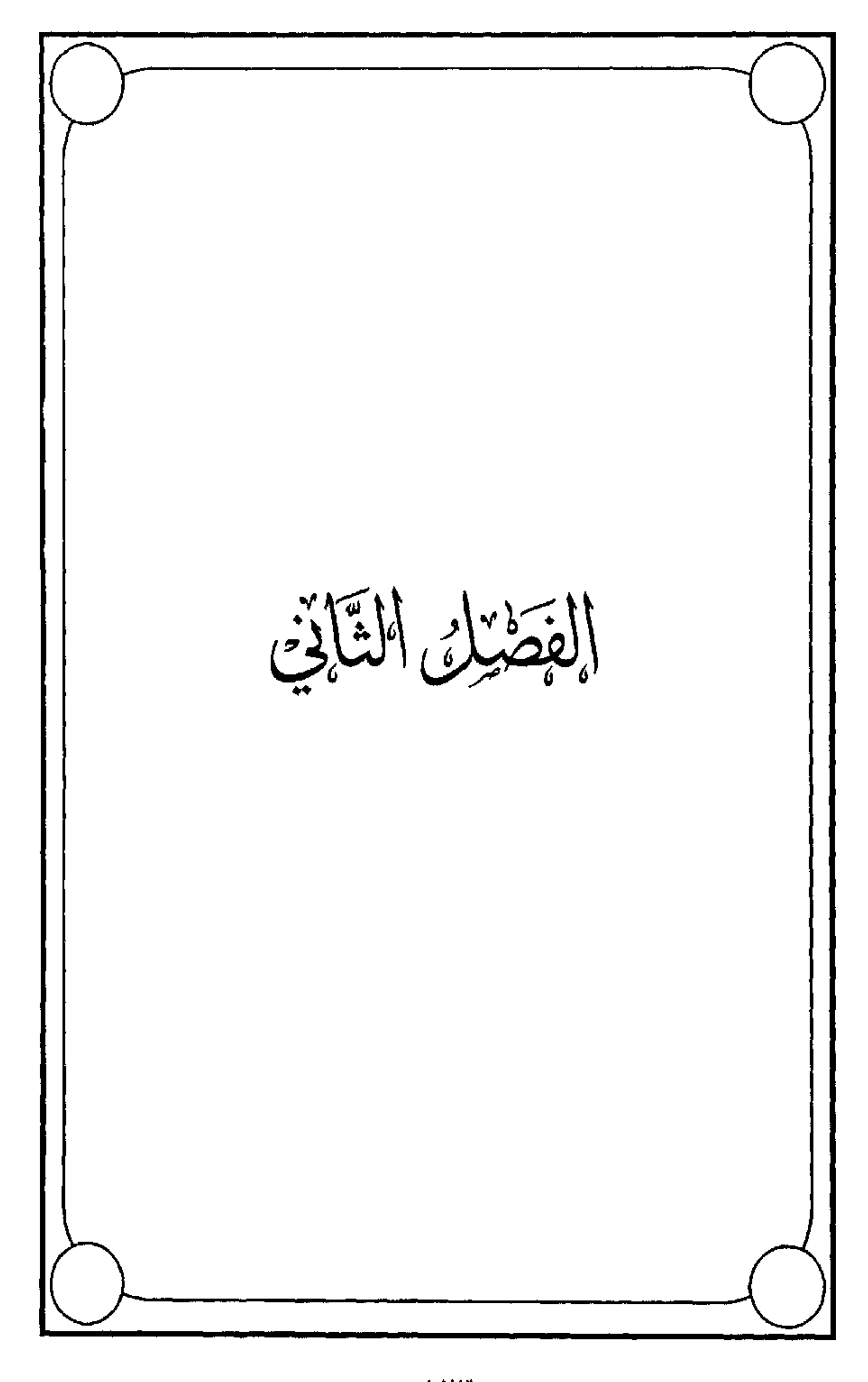
(٢٣٠) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضـطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ملحق (النشرات الارشادية)، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية ، جامعة قنا ، ص ١ .

(٢٣١) السيد على سيد أحمد ، فائقة محمد بدر : إضطراب الإنتباه لدى ألآطفال (أسبابه و تشخيصة و علاجه) ، مكتبه النهضة المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٩ .

(٢٣٢) سمير حسن منصور: الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي، مطبعة البحيرة ، د.ت ، ص ١٦٠.



https://www.books4arab.com



الفصل الثاني



دراسات مرتبطة والتعقيب عليها :

Review of related literature research

في هذا الفصل تم تقسيم الدراسات المرتبطة باضطراب العناد المتحدي الى محورين أولها يشمل الدراسات التى تناولت اضطراب العناد المتحدي و طرق قياسة وتشخيصة وعلاقته ببعض المتغيرات.

أما الثانى فيشمل الدراسات التى تناولت الاساليب والفنيات المستخدمه فى خفض اضطراب العناد المتحدى .

أولا: دراسات تناولت اضطراب العناد المتحدى و طرق قياسة وتشخيصة وعلاقته ببعض المتغيرات:

١ـ دراسة اتشينباتش(Achenbach 1991- 1992): [١]

هدفت هذه الدراسة إلى إعداد قائمة تدقيق سلوك الطفل Child Behavior Check list (CBCL) وهى عبارة عن استبيان من الوالدين عن سلوك الطفل، حيث يتم تحديد السلوك أما سلوكياً أو انفعالياً، وهى تنقسم لجزأين، يمثل الأول المرحلة العمرية من ٢-٣ سنوات، أما الجزء الثانى من القائمة فيمثل المرحلة العمرية من ٤-١٨ سنة، ومن الاضطرابات التى تتناولها القائمة اضطراب العناد المتحدى، وتنقسم قائمة التشخيص إلى ثلاث أقسام، يشمل القسم الأول الاضطرابات السلوكية الشديدة، أما القسمين الآخرين فيتناولان باقى الاضطرابات الأقل شدة.

٢ـ دراسة فريك واخرون (Frick et al، 1992) [2]

استهدفت الدراسة معرفة تأثير العوامل الاسرية على اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك وتكونت الدراسة من (١٧٧) طفلاً بعمر زمنى من (٧-١٣) سنة وتوصلت الدراسة الى ارتباط العناد المتحدى واضطراب المسلك بعده سمات من العوامل الاسرية منها الاسراف فى الاشراف والاصرار على الانضباط و اضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع و الادمان .

٣- دراسة ويستر ستراتون (Webster-Stratton، 1996) [٣]:

استهدفت الدراسة معرفة العلاقة بين متغير النوع (ذكور – اناث) و شدة اضطراب العناد المتحدى وتكونت العينة من (٦٤) بنتاً و(١٥٨) ولداً بأعمار زمنية تتراوح بين(٤٠-٧) سنوات لديهم اضطراب العناد المتحدى او بوادر اضطراب المسلك او كلاهما وتوصلت الدراسة الى وجود فروق دلالة احصائية بين الذكور والاناث فى شدة اضطراب العناد المتحدى لصالح الذكور .

٤- دراسة راى و أخرون (Rey et al، 2000) [٤]:

أستهدفت دراسة العلاقات البيئية الأسرية و كل من أضطرب العناد المتحدى و إضطراب المسلك و إضطراب عجز الإنتباه المصحوب النشاط الحركى الزائد لدى عينة من الأطفال تكونت من (٢٢٣) طفل، و أستخدمت الدراسة المعايير التشخيصية للدليل التشخيصى الإحصائى الرابع للأمراض العقلية و مقياس عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الحركى الزائد، التقارير الذاتية، قائمة تقدير سلوك الطفل، وتوصلت الدراسة إلى إرتباط إضطراب العناد المتحدى و إضطراب المسلك بالمستوى الاقتصادي و الاجتماعي المنخفض.

٥- دراسة شافير واخرون Shaffer et al، (2000) [٥]:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد فعالية الإصدار الجديد من دليل المعهد القومى لبرنامج تشخيص الأطفال، وذلك لتحديد فعاليته فى تشخيص ٣٠ اضطراباً من اضطرابات الطفولة والمراهقة منها اضطراب العناد المتحدى. وقد تم إجراء التقنين على عينة من ٨٤ والدا و٨٤ من أطفالهم (تترواح أعمارهم بين ٩-١٧ عاما).

وأشارت النتائج إلى فعالية قائمة التشخيص بالنسبة للإصدار السابق، لكن كان هناك انخفاض فى ثبات قائمة التشخيص بالنسبة للأطفال.

٦- دراسة بورت وآخرون (Burt et al، 2001) [٦]:

أستهدفت الدراس معرفة سبب الإختلافات بين إضطراب العناد المتحدى، وإضطرابات عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد، و إضطراب

المسلك فى مرحلة الطفلولة، و تكونت عينة الدراسة من (١٥٠٦) توائم بعمر زمنى (١١) سنة، و أعتمدت على المقابلات التى تجرى مع التوائم و أمهاتهم، توصلت الدراسة إلى أنه على الرغم من أن كل إضطراب متأثر بالعوامل الوراثية و العوامل البيئية إلا أن هناك عامل بيئى واحد يسهم إسهاماً كبيراً فى الإختلافات بين عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد و اضطراب العناد المتحدي، و إضطراب المسلك.

٧- دراسة جرين (Greene et al 2002)[٧]:

هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص اضطراب العناد المتحدى تشخيصاً مستقلاً عن اضطراب المسلك وذلك من خلال الاضطرابات الأسرية والاجتماعية، والاضطرابات المصاحبة لكلا الاضطرابين. وقد تمثلت عينة الدراسة من ٦٤٣ طفلا ذوي اضطراب العناد المتحدى فقط، و٢٦٢ طفلا ذوي اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك معاً، وقد استخدم مجموعة ضابطة تكونت من ٦٩٥ طفلا لا تعاني

من اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك. وقد تراوح متوسط العمر للعينات ٧ – ١٠ سنة. واستخدمت الدراسة المعايير التشخيصية للدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المراجع للأمراض العقلية (DSM-III-R)، مقياس الإضطرابات العاطفية، مقياس البيئة الأسرية مع إجراء مقارنة إكلينيكية فى التفاعل العائلى، و الوظائف الإجتماعية،

وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال اضطراب العناد المتحدى العناد مع أو بدون اضطراب المسلك لديهم نسب اعلي من الاضطرابات النفسية المصاحبة والاضطرابات الاجتماعية والأسرية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، كذلك أوضحت النتائج أن هناك فروق بين عينة اضطراب العناد المتحدى فقط واضطراب المسلك فقط، حيث تتضح هذه الفروق بشكل أساسي في ارتفاع في معدل الاضطربات الانفعالية والخلل في الجانب الاجتماعي لدي عينة اضطراب المسلك.

وخلصت الدراسة إلى أن هذه النتائج تدعم إمكانية تشخيص اضطراب

العناد المتحدى بمعزل عن اضطراب المسلك ككيان إكلينيكي مستقل عن اضطراب المسلك، كذلك تظهر النتائج الأثر الكبير الذي يسببه اضطراب العناد المتحدى في المجالات المتعددة لحياة الطفل والمراهق.

٨- دراسة وبستر واخرون [8] (Webster-stratton& Hammaond2003)

توصلت هذه الدراسة إلى أن الانخراط في المشكلات السلوكية مثل اضطراب العناد المتحدي يؤدى بكثير من الشباب إلى الاتجاه للعلاج النفسي ومراكز الخدمات الاجتماعية والدخول إلى سجون الأحداث .

٩- دراسة واسكباسك واخرون (Waschbusch et al 2003)[9]

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد كيفية تقدير الوالدين والمعلمين للمنخفضين والمرتفعين فى اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه. وللتمكن من ذلك تم إعداد مقياس لتقدير الاضطراب الفوضوى، وقد تم تطبيق المقياس على والدى ومعلمى عينة من الأطفال بلغ عددها ١٥٧٩ بأعمار تتراوح بين ٥-١٢ سنة. ، وقد كانت النتائج ذات دلاله سيكومترية للمقياس من حيث الثبات والصدق.

وقد أشارت النتائج إلى أن تقدير الوالدين للمنخفضين فى اضطراب العناد المتحدى بلغ ٥٠ % وبالنسبة لاضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه فقد بلغ ٢٥ % ، أما فيما يتعلق بتقديرات المعلمين فقد كانت اقل من ذلك، ويرجع المقياس انخفاض نسبة ذوى اضطراب العناد المتحدى و اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه إلى أن الوالدين والمعلمين ينظرون للسلوك الفوضوى باعتباره سلوك غير مميز.

١٠- دراسة درابيك واخرون(Drabick et al.، 2004) [10]:

أستهدفت معرفة أعراض إضطراب العناد المتحدى و أعراض عجز الأنتباه المصحوب بالنشاط الزائد فى عينة أوكرانيه من (٦٠٠) طفل بعمر زمنى من (١٠-١٢) سنة بإستخدام تعريف الأم، تعريف المعلم و أستخدمت الدراسة مقياس وبستيرن (١٩٩٧) مع إشتراك الأباء و الأطفال و المعلمون فى التقديرات

الإكلينيكية، وتم تقييم أربع مجالات من الأداء هي الصحة النفسية للطفل و الأداء المعرفي و المدرسي للطفل، تفاعل طفل مع الوالدين، الأساليب الوالدية السوية و توصلت الدراسة إلى أن :-

تعريف الأم لاضطراب العناد المتحدى في مقابل عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد يتميز بالنشاط البالغ و نوبات الغضب و السلوك المدرسي السيء و القلق و العداء الموجه نحو الأم.

أما تعريف المعلم ميز إضطراب العناد المتحدى بمشاكل في السلوك و في تفاعل الطفل مع الأم و إدمان الأب للكحوليات.

١١ - دراسة ديلاوني و أخرون (.Delaunay et al، 2005) (١١):

استهدفت الدراسة مقارنة الصفات الإكلينيكية و الإجتماعية و الديموغرافية بين مجموعتين من الأطفال إحداهما لديها إضطراب العناد المتحدى بدون إستبداد أسرى (٢٣) طفل و الأخرى لديها إضطراب العناد المتحدى مع الإستبداد الاسرى (٢٢) طفل و العينة متجانسة في السن و الجنس، و متوسط العمر الزمني للعينة هو (١٠) سنوات و أستخدمت الدراسة الملاحظة الإكلينيكية و توصلت الدراسة إلى :-

- وجود اختلافات في الصفات الديموغرافية و الإجتماعية مع زيادة الإستبداد الأسرى لصالح أسر الطبقات الراقية و المتوسطة.
- لاتوجد فروق بين الأطفال بالتبنى أو التناسل.
- في مجموعة إضطراب العناد المتحدى السلوك العدائي متنوع و موجه إلى المدرس، الأباء، و الأشقاء في حين أنه موجه نحو الأم في مجموعة إضطراب العناد المتحدى مع الإستبداد الأسرى.
- و الطفل المستبد يستخدم العنف الجسدى أكثر من الطفل ذو إضطراب العناد المتحدى فقط كما يظهر الطفل المستبد مستوى أعلى من الذكاء.
- ضعف سلطة الأباء و إعطاء الطفل وضع خاص في الأسرة يعزز الإستبداد الأسرى للطفل.

- يقلل كبر سن الأباء و مشاكلهم الطبية و النفسية من فاعليتهم و سلطتهم على الأبناء.

١٢ـ دراسة ديك و أخرون (Dick et al.، 2005) [١٢]:

استهدفت الدراسة معرفة أسباب الإضطرابات الشائعة فى الطفولة و هى إضطراب العناد المتحدى، عجز الإنتباه المصحوب بالنشاط الزائد إضطراب المسلك، و تكونت العينة من (٦٠٠) توأم فرلندى بعمر زمنى (١٤) سنة بإستخدام المقابلات وتحليل البيانات و توصلت الدراسة إلى أن أسباب إضطراب العناد المتحدي وعجز الانتباه المصحوب بالنشاط الزائد، واضطراب المسلك هى عوامل وراثية مع مساهمة التأثيرات البيئية .

١٣ـ دراسة روو واخرون Rowe et al، (2005) [١٣]:

حاولت هذه الدراسة أن تقوم بعمل مقارنة بين المعايير التشخيصية لاضطراب العناد المتحدي في كلا من DSM-IV و ICD-10 لدي مجموعة من الأطفال تراوحت أعمارهم ما بين ٩-١٠ سنوات، حيث عملت هذه الدراسة علي إعطاء الوالدين والأطفال تقارير حول الأعراض والاختلال النفسي المرتبط بهذه المعايير.

وقد أشارت النتائج إلي أن الأطفال الذين طبقت عليهم معايير ICD-10 فقط اظهرو مستويات مماثلة علي نطاق واسع من الأمراض النفسية، أنشطة الجنوح والاختلال النفسي الاجتماعي بالمقارنة مع DSM-IV في كلا من التحليلات الشاملة والممتدة. وذلك يعني أن معايير DSM-IV قد استبعد من التشخيص الأطفال الذين شخصهم ICD-10 علي انه اضطراب المسلك (المتفرع منه اضطراب العناد المتحدى)، وذلك يشير إلي أن DSM-IV أكثر دقة في تشخيص الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الغناد المتحدى.

١٤ـ دراسة واسكباسك واخرون (Waschbusch et al 2005) [١٤]،

هدفت هذه الدراسة فحص الخصائص السيكومترية لمقياس كونر لتقدير السلوك (IOWA) Conners وفقاً لتقديرات الوالدين والمعلمين لتحديد العوامل

الثلاث المكونة لاضطراب الفوضوى، وهم اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، وقد بلغ حجم العينة ١٥٥٤ من والدى ومعلمى مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٥-١٢ سنة.

وقد أشار التحليل العاملى التوكيدى وجود ثلاث عوامل وفقا لتشخيص DSM-IV لاضطراب السلوك الفوضوى، كذلك فقد كان هناك عامل صدق وثبات ملائمين.

١٥ـ دراسة هوميرسن واخرون (Hommersen et al 2006) [١٥]:

هدفت الدراسة إلى معرفة الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير اضطراب العناد المتحدى وذلك بالاستعانة بتقديرات الوالدين على المقياس الذى تم إعداده وفقا لمعايير DSM-IV-TR، وقد تمثلت العينة من ٢٩٤ من أمهات الأطفال الذكور ومن ٤٨ من أمهات الإناث ذوى اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه و٥٣ ذكرا و٤٥ أنثى من ذوى اضطراب العناد المتحدى بدون اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه أو الاضطرابات الأخرى، وقد تم إعادة تطبيق المقياس بعد مرور عام من التطبيق الأول، وقد أشارات النتائج إلى ارتفاع مستوى الصدق والثبات للمقياس، أيضا أشار التحليل العاملى إلى وجود عامل رئيسي واحد للمقياس، بالإضافة إلى أن درجات المقياس لم ترتبط بنوع الأطفال أو المستوى الاجتماعى الاقتصادى.

١٦ـ دراسة درابيك واخرون Drabick et al، (2007) [١٦]:

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الخطورة وما يرتبط بها من ظروف تؤدى إلى حدوث أعراض اضطراب العناد المتحدى. تكونت عينة الدراسة من ٢٤٨ طفلا من ذكور المرحلة الابتدائية بمدى عمرى يمتد بين (٦-٩) سنة. وقد تم عمل تقييم معرفى وسلوكى وأكاديمى، والوظائف الأسرية لكلا من الأمهات والأطفال الذكور، أيضا تم تشخيص اضطراب العناد المتحدى من قبل الأمهات والمعلمين وفقا لمعايير DSM-IV، وقد تم عمل مجموعتين لتشخيص أعراض

اضطراب العناد المتحدى، تشتمل المجموعة الأولى على تقديرات الأمهات، أما الأخرى فتشتمل على تقديرات المعلمين.

وخلصت الدراسة إلى أن المجموعة التى قام الأمهات بتقدير أعراض اضطراب العناد المتحدى لديها كانت مرتفعة فى مستوى الانفصال بين الوالدين، فى حين أن المجموعة التي قام المعلمين بتقدير أعراض اضطراب العناد المتحدى لديها كانت مرتفعة فى مستوى المشكلات الاجتماعية وذلك بالمقارنة مع المجموعة الأخرى، وقد اتفقت مجموعة الأمهات ومجموعة المعلمين على وجود مستوى مرتفع فى البحث عن العطف والتوائم الأسرى، وقد خلصت الدراسة إلى ضرورة إجراء عملية التشخيص من قبل كلا من الأسرة والمعلمين.

١٧ - دراسة ماثيو واخرون Matthew et al، (2007) [١٧]:

استهدفت الدراسة معرفة علاقة اضطراب العناد المتحدى وانتشاره بالسن وتكونت العينة من ٣١٩٩ طفل واستخدمت الدراسة المعايير التشخيصية للدليل التشخيصى الاحصائى الرابع للأمراض العقلية، التقارير الاولية لمراحل العمر المختلفة وتوصلت الدراسة الى ان نسبة الانتشار العامة بين الاطفال تصل الى(١٠.٢٪) وتصل الى(١١.٢٪)بين الذكور بينما تصل الى(٩.٢٪) بين الاناث وان اضطراب لعناد المتحدى شائع لدى الاطفال ويرتبط باضطرابات الحالة المزاجية والقلق والادمان فى مرحلة المراهقة المبكرة .

١٨ - دراسة مونكفولد واخرون [١٨](Munkvold et al 2009)

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة أعراض اضطراب العناد المتحدى لدى عينة من الأطفال بالاعتماد على تقديرات الوالدين والمعلمين، بالإضافة إلى تحديد الاختلاف بينهم فى عملية التقدير. وقد تم جمع البيانات من ٧٠٠٧ طفل (٧-٩ سنة). وقد تم قياس أعراض الاضطراب العناد المتحدى بمقياس SNAP-IV.

وقد أشارت النتائج إلي أن تقييم انتشار اضطراب العناد المتحدي يعتمد بالأساس علي الجمع بين تشخيص الوالدين والمعلمين لاضطراب. حيث أظهرت النتائج أن المعدلات التى يظهر بها اضطراب العناد المتحدي تعتمد علي الشخص الذي يقوم بتحديد معدلات الظهور وكذلك يعتمد علي جنس الأطفال

الذين يتم تصنيفهم. كذلك فان كلا من الوالدين والمعلمين قد اتفقا على نفس الأعراض التى يظهر بها اضطراب العناد المتحدى لدى الأطفال لكن بنسب مختلفة.

١٩ ـ دراسة بوتس واخرون (Boots& Wareham 2009) [١٩]:

توصلت الي أن اضطراب العناد المتحدي يمثل منبع قوى لعدد من المشكلات السلوكية والنفسية، حيث خلصت تلك الدراسة أن ذلك الاضطراب يمثل منبع للعنف ، وحب التملك لدى المراهقين.

٢٠ـ دراسة اولوغلين واخرون (O'Laughlin et al 2010): [٢٠]

هدفت هذه الدراسة إلي فحص صدق وثبات وفعالية الاستخدام الإكلينيكي لمقياس تقدير اضطراب العناد المتحدى "Oppositional Defiant Disorder Rating Scale" (ODDRS) وذلك على مجموعة من الأطفال الذين سبق أن تم تشخيصهم باضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه. وقد هدفت عملية الفحص إلى معرفة مدي فعالية المقياس في تشخيص اضطراب العناد المتحدى. وقد تم تطبيق المقياس من قبل الوالدين والمعلمين علي ١٧٧ طفلا.

وأشارت النتائج إلي أن متوسط الارتباط بين استجابات الوالدين والمعلمين علي المقياس كانت في اقل حد ممكن (٠.١٣). أيضا وجد أن الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب العناد المتحدي من خلال المقابلات مع الوالدين وجد أن درجاتهم اعلي فى مقياس تقدير اضطراب العناد المتحدى، وذلك بالمقارنة مع أقرانهم خارج نطاق البحث. كذلك فان تقديرات المعلمين من خلال مقياس تقدير اضطراب العناد المتحدى لم تميز بين مجموعة اضطراب العناد المتحدى والمجموعة التى ليس لديها الاضطراب. وذلك يمثل أقل دليل علي الصدق لمقياس تقدير اضطراب العناد المتحدى.

٢٠ـ دراسة بارديني Pardini et al، (2010) [٢١]:

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح النقاط الهامة لتشخيص اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك فى التصنيف الجديد للـDSM-5، فمن هذه النقاط:

أ- فحص المعايير الخاصة بنظام تشخيص اضطراب العناد المتحدى لدي الإناث.

ب- توضيح أكثر فيما يتعلق بنمو اضطراب العناد المتحدى وتحوله لاضطراب المسلك.

ج- تحديد كيف يمكن أن تساعد مظاهر أعراض اضطراب العناد المتحدى في استمراره وكيفية التنبؤ به.

د- مقارنة معايير التشخيص الخاصة باضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدى.

٢٢- دراسة سيرفرا Servera et al، (2010) [٢٢]:

هدفت هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة بين تقديرات كلا من الأمهات والآباء والمعلمين تشخيص واضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه حيث تم استخدام التحليل العاملى التوكيدى لعمل مصفوفة يمكن من خلالها تحديد مدى التقارب والتمييز فى صدق تقدير الأمهات والآباء والمعلمين لاضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه. وقد تمثلت عينة الدراسة من ١.٧٤٩ طفلا من تلاميذ المرحلة الابتدائية.

وقد أظهرت النتائج ارتفاع فى مقدار الصدق التقاربى والتمييزى لقياس الأمهات والآباء حيث لم توجد فروق بين تقديرات كلا منهما. أما بالنسبة للمعلمين فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود تقارب أو تمييز فى صدق تقديرهم بالمقارنة مع الوالدين. وقد أوصت الدراسة بضرورة عمل قياس مستقل من جانب الوالدين (المنزل) والمعلمين (المدرسة).

٢٣- دراسة جانيزاديه Ghanizadeh)، (2011) [٢٣]

هدفت هذه الدراسة إلي فحص العوامل البنائية لأعراض اضطراب العناد المتحدى، حيث يتم من خلال هذه العوامل قياس صدق التمييز عن اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، وقد تم تطبيق المعايير التشخيصية علي

١١١ من والـدي الأطفـال والمـراهقين ممـن لـديهم اضـطراب النـشاط الزائـد المصحوب بنقص الانتباه واضطراب العناد المتحدى.

خلصت النتائج بعد تطبيق التحليل العاملي لأعراض اضـطراب النـشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه أن أعراض مثل " غالباً ما يكون لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة " و "غالباً ما ينتقل من مكان إلي آخر أو يقوم بالتسلق في مواقف غير مناسبة" تعد جزء من مكونات اضطراب العناد المتحدى. حيث تعد هذه الأعراض اقل من غيرها من الأعـراض في التمييـز بـين اضـطراب العنـاد المتحدى واضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، حيث بلغ صـدق التقارب مدي ما بين ٠.٦٤ – ٠.٧٩.

٢٤ـ دراسة بولتون Poulton، (2011) [٢٤]:

هدفت هذه الدراسة إلي إعادة دراسة المقاييس الخاصة باضطراب العنـاد المتحدي، وقد خلصت إلي انه بالرغم من تـصنيف اضـطراب العنـاد المتحـدى بشكل مستقل، فان ذلك الاضطراب غالبا مـا يتـداخل مـع اضـطراب النـشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه، وهناك عدد قليـل مـن الدراسـات شخـصت اضطراب العناد المتحدى بصورة واضحة تمكن من التعامل معه، وإذا ما حـدث اضطراب العناد المتحدى مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتبـاه فان ذلك الاقتران لا يدوم لفترة طويلـة. لـذلك يجـب عمـل خطـوط واضـحة لتشخيص اضطراب العناد المتحدى بصورة صحيحة، وهذا ما اتجهت إليه المراكز الإرشادية في استراليا.

٢٥ـ دراسة كيلتر واخرون Kelter & Pope، (2011) [٢٥]:

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة كيفية تأثير اختلاف الجنس عـلي اسـتجابة المعلمين لاضطراب العناد المتحدي. وقد تمثلت العينة من ١٤٥ مدرسـا وذلـك بعد قراءتهم مقالة عن سلوك العناد لدي الأطفال. وهي تصف سلوك العناد لدي الذكور والإناث معا. وقد خلصت الدراسـة إلي أن جـنس الطفـل لم يـؤثر عـلي استجابة المعلمين لتحديد السلوك الفوضوي أو الخطر أو سلوك العناد.

ثانيا : دراسات تناولت الاساليب والفنيات المختلفة لخفض اضطراب العناد المتحدى :

١ـ دراسة هورد واخرون Howard& Kendall): ، (1996 [٢٦]

هدفت تلك الدراسة لعلاج اضطراب قلق الأطفال من خلال استخدام المدخل المتكامل بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الأسري، وذلك لدي عينة من ثماني أطفال (٩-١٣ سنة)، تم تشخيصهم وفقا لأعراض اضطراب القلق. وقد تمثلت الجلسات من ١٨ جلسة علاجية، وقد تم التقييم باستخدام القياس من تحليل خط الأساس والمصادر المتعددة (٢، ٤، و٦ أسابيع).

وقد أشارت النتائج إلي فاعلية ذلك النوع من العلاج في علاج الاضطرابات الخاصة بالأطفال وخاصة اضطراب القلق.

٢ـ دراسة سنتيستيبان واخرون Santisteban et al)، (1997 [٢٧]

هدفت تلك الدراسة إلي استخدام العلاج الاستراتيجي/ العلاج البنائي الأسرى في خفض توجه مجموعة من المراهقين ذو أصول افريقية أمريكية ومن المراهقين الأسبان نحو استخدام المخدرات، وتقليل حدوث المشكلات السلوكية لديهم من خلال تحسين توافقهم داخل الأسرة. وقد استهدف البرنامج مجموعة من الأطفال بلغ عددهم ١٢٢ وتتراوح أعمارهم بين سن ١٢- ١٤ سنة. وقد استمر البرنامج من ١٢-١٦ أسبوع وذلك حسب كل أسرة.

وقد أشارت النتائج إلي فعالية البرنامج العلاجي في خفض حدة اضطراب المسلك والعدوان الاجتماعي، وكذلك التحسن في وظائف الأسرة.

٣ـ دراسة ستينبرج واخرون et al، (Steinberg 1997): [٢٨]

هدفت تلك الدراسة إلي فحص فعالية كلا من المدخل الاستراتيجي والمدخل السلوكي في علاج أعراض الاكتئاب والمشكلات السلوكية لدي الطفل، وقد تمثل عينة الدراسة من ٤٩ أسرة، وقد تم استخدام قائمة سلوك الطفل لتشخيص المشكلات السلوكية (اضطراب العناد المتحدى ، اضطراب

المسلك، اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه)، وقد استمر العلاج ل١٢ أسبوع تم من خلاله عمل تقييم قبلي وتقييم بعدي للبرنامج.

وقد أشارت النتائج أن كلا من العلاجين الاستراتيجي والسلوكي قد تمكنا من خفض الاكتئاب والمشكلات السلوكية لدي الطفل. وقد اقترحت النتائج إلي أن ذلك الشكل من العلاج ذو فعالية كبيرة في علاج كلا من الاكتئاب والمشكلات السلوكية.

٣ـ دراسة هوف واخرون (Hoff et al، 1998) [٢٩]:

هدفت الدراسة الى خفض الاضطرابات السلوكية في فصول التعليم العام بالمدارس الابتدائية باستخدام استراتيجية الضبط الذاتي وتكونت العينة من(٣) تلاميذ بعمر زمنى(٩) سنوات من ذوى اضطرابات العناد المتحدي واستخدمت الدراسة استمارة تقدير المعلم لسلوك الطفل وتوصلت الى فاعلية استراتيجية الضبط الذاتي في خفض اضطراب العناد المتحدي .

٤ـ دراسة باستن و ديجو Basten & Digo، (1999) [٣٠]:

هدفت الدراسة مراجعة وصفية للأدبيات المنشورة في الفترة من ١٩٥٥- ١٩٩٨ عن اضطراب العناد المتحدي لدى الاطفال من حيث التشخيص والاسباب والعلاج، وتوصلت الدراسة الى تعدد طرق التشخيص ما بين تقدير المعلم وتقدير الوالدين والمعايير التشخيصية للدليل التشخيصى الإحصائي الرابع للأمراض العقلية أما الأسباب فقد تتعلق باكتئاب الأم واساءة المعاملة واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع لدى الوالدين وتدنى المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة والعوامل الاجتماعية والثقافية، أما بالنسبة للعلاج فكانت أكثر الطرق فاعلية هي تدريب الوالدين وتفاعل الوالدين والطفل للعلاج الاسرى .

٥ـ دراسة لويبر واخرون Loeber et al، (2000) [٣١]:

هدفت تلك الدراسة إلي مراجعة النتائج الإكلينيكية المتعلقة باضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك في عدد من الدراسات تمت علي مدار عشر سنوات سابقة. وقد تم عمل ذلك بمراجعة ملخصات الأبحاث.

وقد أوضحت تلك الدراسة أن هناك دلائل تدعم الاختلاف بين اعرض اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك، في حين أن هناك خلاف حول اعتبار الأعراض العدوانية إذا ما كانت جزء من اضطراب العناد المتحدي أو اضطراب المسلك. كذلك أوضحت الدراسة إلي أن هناك خلاف بين الدراسات علي الفروق بين الجنسين وكذلك المرحلة العمرية، وفيها يتعلق بطرق تحديد وقياس اضطراب العناد المتحدي واضطراب التوصل فان هناك بعض النقاط الحرجة بينهم مثل الجمع بين نتائج الدراسات، كذلك أوضحت الدراسة أن الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدي يصبح لديهم في المراحل التالية اضطراب المسلك، ونفس العينة التي لديها اضطراب المسلك يتطور لديها الاضطراب ليصبح لديها اضطراب الشخصية المضاد للمجتمع antisocial personality disorder. كذلك فان اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك غالبا ما يحدثا مع ظروف نفسية أخري.

٦- دراسة باستين(Bastien، 2000) [٣٢]:

واستهدفت :

- تقييم النظريات المختلفة المحددة لأسباب اضطراب العناد المتحدي للتأكد من خصائصه وتوقع حدوثه .
- تقييم طرق التشخيص المختلفة لاضطراب العناد المتحدي ولاقتراح الاساليب العلاجية المناسبة .
- تقييم طرق العلاج المختلفة .

وتوصلت الدراسة الى ان اكثر طرق العلاج نجاحاً هي تدريب الطفل والوالدين معتمداً على التعلم الاجتماعى وتدريب الوالدين على الادارة والعلاج الاسرى .

٧- دراسة دين وماريلين(Din & Marilyn، 2001) [٣٣]:

هدفت الدراسة لمعرفة فاعلية برنامج باركلى في خفض اضطراب العناد المتحدي لدى طفل بعمر زمنى(٢) سنة واستمر البرنامج والمتابعة لمدة (٥)

أشهر وبرنامج باركلي هو برنامج مكون من (١٠) خطوات تعتمد على نظام المكافئة والتشجيع والتعزيز والعقاب المعتدل في تعديل سلوك الطفل ذو اضطراب العناد المتحدي من خلال مقابلة الوالدين والمعلم مرة اسبوعياً واستخدمت الدراسة مقياس تقدير المعلم للسلوك الفوضوي وتوصلت الدراسة الى فاعلية البرنامج في خفض الاضطراب في المنزل والمدرسة .

٨ ـ دراسة دين ومارتينو Din & Martino) ، (2001[٣٤]

بعنوان "تغير السلوك العناد المتحدي باستخدام برنامج باركلي Barkley Program)".

هدفت تلك الدراسة إلي فحص فاعلية التدخل العلاجي باستخدام برنامج Barkley لتغير السلوك العناد المتحدي للطلاب الذكور في سن ١٢ سنة. وقد استخدم برنامج Barkley فنية التحليل السلوكي مع التقييم اليومي والتعزيز. وقد تم إجراء جلسة كل أسبوع جمعت بين الوالدين الطلاب والأخصائي المدرسي لتعريف الوالدين بخطوات البرنامج العشرة. وقد قامت إجراءات تلك الدراسة بالخطوات التالية (القياس القبلي، العلاج، ثم القياس البعدي)، وكذلك تضمنت قياس للسلوك المدرسي اليومي. وقد امتد العلاج لمدة خمس شهور.

وأشارت النتائج إلي فروق ذات دلاله في تحسن سلوك الطلاب، وكذلك فان نظام التقييم اليومي للسلوك قد أشار إلي تحسن ملحوظ. وقد أكدت الملاحظة من قبل والدي الطلاب والمدرسين في المدرسة ذلك التحسن السلوكي.

٩ـ دراسة جرين واخرون (Greene et al، 2002) [٣٥]:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية النموذج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب العناد المتحدي وما يصاحبه من اضطرابات مزاجية، حيث أشتمل البرنامج علي استخدام التدريب الوالدي مع والدى ٤١ طفلاً ممن لديهم اضطراب العناد المتحدي.

وقد أوضحت النتائج فعالية العلاج عن طريق استخدام فنية حل المشكلات بطريقة تعاونية، حيث كان هناك دلائل إحصائية لفعالية البرنامج في القياس البعدي وفى القياس التتبعي للبرنامج.

١٠- دراسة هيب ويل واخرون Hipwell et al، (2002) [٣٦]:

بعنوان " تشخيص الإناث بالبداية المبكرة لسلوك الفوضوي والسلوك المضاد للمجتمع"

هدف تلك الدراسة إلي القيام بدراسة ممتدة لمجموعة من الإناث (٥-٨ سنوات) في بيتسبيرج، بنسلفانيا (ن = ٢٤٥١) اللاتي اظهرن وفقا لما روي من الآباء والمعلمين عن أن لديهم السلوك الفوضوي والسلوك المضاد للمجتمع. وبالمقارنة بين تقارير الآباء والمعلمين فان أكثر المشكلات تمثلت في سلوك الانتباه، العناد، والتحدي وذلك لدي الاناث الأكبر. كذلك أشارت النتائج أن الإناث بعمر الثمانية قد اظهرن اعلي مستوي من السلوك المضاد للمجتمع. كذلك فقد أشارت النتائج إلي حقيقة أن العيش في مجتمع محروم اقتصاديا يمثل اثر قوي لتوليد المشكلات السلوكية لدي الإناث بعمر ٥ سنوات.

١١- دراسة هرادا واخرون Harada et al، (2002) [٣٧]:

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة المشكلات النفسية والاجتماعية لدي عينة من الأطفال اليابانيين (٧-١٤ سنة) ذوي اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، اضطراب العناد المتحدي، والأطفال ذوي النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه المقترن باضطراب العناد المتحدي. حيث تمت الدراسة علي مجموعة من المعلمين لمعرفة مدي المشكلات في خبراتهم بالتعامل مع الأطفال ذوي الاضطرابين معا، والأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدي.

وقد أشارت النتائج إلي وجود فروق اقل بين التداخل مع المعلمين بين الأطفال ذوي الاضطرابين والأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدي فقط، حيث أشارت إلي أن سلوك العناد والتحدي يؤدي إلي الصراع مع المعلمين. وان الأطفال ذوي الاضطرابين قد اظهروا مستويات اعلي من الارتياب والاستياء في علاقتهم مع معلميهم. كذلك فقد أشارت النتائج كلا المجموعتين لديها صعوبات مع علاقتهم بأقرانهم.

١٢ـ دراسة نورثي Northey et al، (2003) [٣٨]:

هدفت تلك الدراسة بعمل مسح للدراسات التي استخدمت العلاج الأسري لعلاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدي الأطفال، وقد خلصت الدراسة إلي زيادة كبيرة في الدراسات التي تمت منذ عام ١٩٩٥. كذلك فقد أشارت الدراسة إلى تزايد التركيز علي استخدام العلاج القائم على الأسرة بالمقارنة مع العلاج المتمركز حول الفرد، حيث كان التركيز علي العلاج الأسرى المعرفي السلوكي وتدريب الوالدين على إدارة السلوك. وقد أوضح المسح أن هناك تزايد في الدراسات التي تركز علي الاضطرابات الظاهرية (مثل اضطراب المسلك، العناد، النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه) في مقابل الاضطرابات الداخلية، واضطراب الاكتئاب والقلق.

١٣ـ دراسة كونولوي واخرون Cononley et al، (2003) [٣٩]:

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة فعالية الإرشاد الأسرى القائم علي حل المشكلات الحل لمساعدة ثلاث عائلات يعانون أطفالهم من العدوان وسلوك العناد، وقد استخدم فيها دراسة الحالة لطفل واحد، وقد كان عمر الطفل ٨-٩ عاماً، وقد تم تصميم بيانات خط أساس للعينة، وقد استخدم أدوات التقارير اليومية للوالدين، مقياس التقدير الوالدي، مقياس تقييم منظومة سلوك الطفل.

وقد أشارت النتائج إلي دلالة الإرشاد الأسرى القائم علي التركيز علي الحل في إرشاد العدوان والعناد لدي الأطفال، وقد استمرت فعالية البرنامج بعد ثلاث اشهر من المتابعة.

١٤ـ دراسة(إميل اسحق عبد السيد، ٢٠٠٣) [٤٠]:

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي للوالدين يهدف إلى تحسين مهاراتهم الوالدية بغرض خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وذلك من خلال تزويدهما بالمعلومات والإرشادات والمهارات التي تساعدهم على التعامل مع المشكلات السلوكية التي يعاني منا أطفالها وذلك لدى عينة تمثلت من (٢٠) طفلاً وطفلة تم تقسيمهم إلي مجموعتين إحداهما تجريبية

والأخرى ضابطة، واستخدم الباحث مقياس كوترز لتقدير سلوك الطفل، ومقياس المشكلات السلوكية للأطفال ومقياس التقييم الأسرى ومقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي، والبرنامج الإرشادي للوالدين.

وقد توصلت الدراسة إلي فاعلية البرنامج الإرشادي في تحسين مستوى المهارات الوالدية لخفض المشكلات السلوكية لدى الأبناء.

١٥-ريد واخرون (Reid et al، 2003) [٤١]:

استهدفت الدراسة متابعة لمدة عامين لعينة تكونت من(١٥٩) طفل ذوى اضطراب العناد المتحدي بأعمار زمنية ما بين (٤-٧) سنوات والتي قسمت عشوائياً الى مجموعة تدريب الوالدين وتدريب الوالدين والمعلم وتدريب الطفل، وتدريب الطفل والمعلم وتدريب الطفل والوالدين والمعلم واستخدمت الدراسة قائمة تقدير سلوك الطفل وتوصلت الدراسة الى ان :

- في سنة المتابعة الاولى نسبة (٧٥٪) من الاطفال كان ادائهم في المعدل الطبيعي طبقاً لتقارير الوالدين والمعلم واما نسبة (٢٥٪) من الاطفال فكانوا غير مستجيبون للعلاج في المنزل او المدرسة .
- ادى تدريب المعلم الى تحسين نتائج العلاج .
- الاطفال الذين لديهم مشاكل مدرسية واسرية ومشاجرات زوجية لهم استجابة ضئيلة للعلاج في المنزل في سنة المتابعة الثانية .
- تبين ان نسبة(٨٠٪)من الاطفال الذين لديهم امهات لهن سابقة علاج غير مستجيبين للعلاج في المدرسة في سنة المتابعة الثانية .

١٦-دراسة سبراجو وثير (Sprague & Thyer، 2003) [٤٢]:

استهدفت الدراسة وصف نتائج الدراسات العلاجية للأطفال والمراهقين ذوى اضطراب العناد المتحدي باستخدام تحليل البيانات، وتوصلت الدراسة الى انه بالرغم من ندرة برامج العلاج النفسي الاجتماعى المصممة للأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي باستخدام الا ان الدراسات التي قدمت برامج علاج

تتضمن التدريب للسيطرة على الغضب والعلاج العقلاني الانفعالي والعلاج متعدد الانظمة أثبتت فعاليتها في خفض هذا الاضطراب .

١٧ ـ دراسة برت واخرون (Burt et al. 2003)(٤٣)

هدفت تلك الدراسة إلى تحديد مدي الارتباط الفعلي بين صراع الوالدين والطفل وبين اضطراب العناد المتحدي، اضطراب المسلك، اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، وفحص المسببات لتلك العلاقة عن طريق عمل تصميم معلوماتي وراثي. وقد تمثلت عينة الدراسة من ٧٥٣ طفلا (٣٧٣ ذكور/ ٣٨٠ إناث).

وقد تم المقارنة بين مدي ملائمة نموذجين وراثيين: يتمثل النموذج الأول في فحص تأثير العوامل الوراثية والبيئة علي العلاقة بين الصراع والاضرابات، والنموذج الثاني يتمثل في فحص العلاقة بين الصراع وكل اضطراب علي حدة. وقد تمثلت العينة من ٨٠٨ طفلا من مينوسوتا، وقد تم قياس الاضطرابات وفقا لأعراض من خلال المقابلات مع التوائم وأمهاتهم، وقد تم قياس الصراع بين الآباء والطفل عن طريق استبيان البيئة الوالدية.

وقد أشارت النتائج إلى أن الصراع بين والدين والطفل يمثل العامل الرئيس لحدوث تلك الاضطرابات ، حيث بلغت نسبة تأثير ذلك العامل ٣٣٪ بالمقارنة مع العوامل الأخرى، وذلك بالنسبة للعوامل الوراثية والعوامل البيئية، وتدل تلك النتائج علي أن البيئة الأسرية تمثل عامل الحسم في مجال العلاج النفسي لتلك الاضطرابات.

١٨ ـ دراسة سيرا بينهيروا واخرون (Serra-Pinheiro et al. 2004)(٤٤)

هدفت تلك الدراسة إلي مراجعة الدلائل الموجودة قواعد البيانات ، حول ارتباط العوامل العصبية والحيوي باضطراب العناد المتحدي وكذلك وصف الوظائف الأسرية والمدرسية، وخيارات التشخيص والعلاج لاضطراب العناد المتحدي.

وقد وجدت الدراسة عدد من الدلائل حول ارتباط الهورمونات والجينات

والوظائف العصبية باضطراب العناد المتحدي ، كذلك فقد أشارت الدراسة إلي ارتباط العوامل الأسرية، والعوامل المدرسية من حيث العلاقات والأداء باضطراب العناد المتحدي، كذلك فقد توصلت الدراسة إلي فعالية علاج اضطراب العناد المتحدي من خلال تدريب الوالدين باستخدام العلاج المعرفي السلوكي.

١٩ـ دراسة كوستن واخرون (Costin et al، 2004): [٤٥]

استهدفت الدراسة المقارنة بين طريقتين من طرق العلاج الموجه لوالدين اطفال المدرسة الابتدائية ذوى اضطراب العناد المتحدي ركزت الاولى على تدريب الوالدين على الادارة واستخدمت الاخرى الطريقة المعرفية التي تركز على الضغوط الوالدية ومهارات حل المشكلات واستخدمت الدراسة جدول ملاحظة اضطراب القلق لسيلفرمان ١٩٩٦ استفتاء حل المشاكل السلوكية لجولدن ١٩٩٧، التقارير الذاتية، وتوصلت الدراسة الى فاعليه الطريقتين في تحسين سلوك الاطفال فى العلاج القبلي والعلاج البعدى الا ان تدريب الوالدين على الادارة له تأثير أكبر فى خفض اضطراب العناد المتحدى مقارنة بالطريقة المعرفية .

٢٠ـ دراسة جرين واخرون (Greene et al، 2004): [٤٦]

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة فعالية التدخل عن طريق النموذج المعرفي السلوكي من خلال الطريقة التعاونية لحل المشكلات لعلاج اضطراب العناد المتحدى وما يصاحبه من اضطرابات مزاجية، حيث أشتمل البرنامج علي استخدام التدريب الوالدي مع والدي ٤١ طفلا ممن لديهم اضطراب العناد المتحدى.

وقد أوضحت النتائج فعالية العلاج عن طريق استخدام فنية حل المشكلات بطريقة تعاونية فى تحسين السلوك وفى القياس البعدى بعد ٤ أشهر من العلاج وهذا التحسين يكافئ تلك النتائج عن طريقة تدريب الوالدين ، حيث كان هناك دلائل إحصائية لفعالية البرنامج في القياس البعدي وفي القياس التتبعي للبرنامج بعد أربعة اشهر من التطبيق.

٢١ـ دراسة رونين (Ronen، 2004)[٤٧]:

استهدفت الدراسة تقديم علاج متعدد الانظمة يتضمن العلاج السلوكى بأشراف المعلم، ارشاد الوالدين، العلاج المعرفى للطفل وتقديم نموذج للضبط الذاتى لتعديل سلوك الطفل، وتكونت العينة من ولد عمره ١٢ سنة ذو اضطراب العناد المتحدى واستخدمت الدراسة قائمة المشاكل السلوكية للطفل رونين واخرون ١٩٨٠، مقياس النشاط الزائد والسلوك المندفع كونيرز ١٩٩١، التقارير الذاتية وتوصلت الدراسة الى :

- فاعلية نموذج الضبط الذاتى فى خفض اضطراب العناد المتحدى لدى الطفل بالإضافة الى تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى والضبط الذاتى .
- فاعلية العلاج المتعدد الانظمة فى خفض هذا الاضطراب .

٢٢ـ دراسة ويستر ستراتون واخرون (Webster-Stratton et al، 2004)[٤٨]:

هدفت الدراسة الى معالجة الاطفال من بوادر اضطراب المسلك وتكونت لعينة من أسر (١٥٩) طفل ذو اضطراب العناد المتحدى من عمر(٤-٨) سنوات تم توزيعهم عشوائيا الى تدريب الوالدين و تدريب المعلم، تدريب الطفل، تدريب المعلم والطفل، وتدريب الوالدين والطفل والمعلم ، والمجموعة الضابطة، واستخدمت الدراسة جمع التقارير والملاحظات فى المنزل والمدرسة وتوصلت الدراسة الى ان كل طرق العلاج ادت الى خفض مشاكل الطفل السلوكية مع الامهات والمعلمين فى حالات تدريب الوالدين الثلاثة الى خفض السلوك السلبى للطفل مقارنة بالمجموعة الضابطة فى حين ان تدريب الطفل ادى الى تنمية اكبر فى المهارات الاجتماعية بين الطفل واقرانه مقارنه بالمجموعة الضابطة، و فى كل حالات تدريب الوالدين أظهر الطفل سلبية اقل وايجابية اكثر نحو الام وسلبية اقل نحو الاب مقارنة بالمجموعة الضابطة ذات العلاج متعدد الانظمة متضمناً ان تدريب المعلم وتدريب الوالدين وتدريب الطفل يزيد من فعالية العلاج و يخفض هذا الاضطراب .

٢٣-دراسة جويس واوكلاند (Joyce& Oakland. 2005) [٤٩]

استهدفت تلك الدراسة إلي محاولة توضيح الفروق المزاجية بين أطفال اضطراب العناد المتحدي وأطفال اضطراب المسلك، وقد تمثل عينة الدراسة من ٤٠ طفلا لديهم اضطراب العناد المتحدى و٤٠ طفلا لديهم اضطراب المسلك، وقد تم استخدام استبيان الأنماط الطلابية Student Styles Questionnaire المخصص لقياس أربع أبعاد لتفضيلات أنماط التعلم القائم علي النظرية المزاجية temperament theory (المنفتح علي الخارج- ألانطوائي، التفكير-الشعور، العملي- الخيالي، المنظم- المرن). وقد تم مقارنة درجات t لقوة الاستجابات لدي عينتين الاضطراب، بالإضافة إلي تحليل التفضيلات الانفعالية لدي كل عينة.

وقد أشارت النتائج إلي انه لا يوجد فورق بين الاضطرابين من حيث اختلاف التفضيلات الانفعالية فيما عد أنماط التفضيلات العملي- الخيالي، فقد وجد أن أطفال اضطراب العناد المتحدى لديهم درجة اعلي في اكتساب وتقييم المعلومات الجديدة في الأنماط العملية بدرجة أكثر من أطفال اضطراب المسلك، في حين خلصت النتائج إلي أنه لا يوجد فروق بين الاضطرابين في درجة التفضيلات من حيث أنماط الانفتاح -الانطواء، والتفكير-الشعور، والمنظم- المرن.

٢٤-دراسة زوتل (Zutell، 2005) [٥٠]:

هدفت الدراسة الى بحث طبيعة واسباب وافضل استراتيجيات علاج الاطفال ذو اضطراب العناد المتحدى وتكون العينة من طلاب بأعمار مختلفة ذوى اضطراب العناد المتحدى وتوصلت الدراسة الى ان :

- طبيعة اضطراب العناد المتحدى هي ابداء الاطفال لسلوكيات مثل المجادلة مع الاخرين وازعاج الاخرين عن عمد وعدم تحمل المسئولية كما تظهر فى المدرسة فى صعوبة الانتباه وتكوين الاصدقاء ومتابعة العمل
- سبب اضطراب العناد المتحدى هو مزيج من العوامل الوراثية والبيئية .
- المعالجة الفعالة للتلاميذ ذوى اضطراب العناد المتحدى تضمنت تدريب

الاباء والتدخلات الصفية والعلاج الاسرى والتدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوك المعرفى والمراقبة الذاتية .

٢٥ ـ دراسة (رونين Ronen، 2005) [٥١]:

استهدفت الدراسة علاج اضطراب العناد المتحدى باستخدام التدريب على مهارات ضبط النفس وتكونت عينة الدراسة من(٨) مجموعات من الاطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى تضم كل مجموعة من(٥-٦) أطفال واستخدمت الدراسة قائمة المشاكل السلوكية للطفل رونين واخرون (٢٠٠٣)، .مقياس النشاط الزائد والسلوك المندفع كونيرز(٢٠٠٤)، التقارير الذاتية، وقد تم تطبيق العلاج علي ١٢ جلسة تدخل . وتوصلت الدراسة الى فاعلية الضبط الذاتى فى خفض اضطراب العناد المتحدى وخفض شدة مشاكل الطفل السلوكية

٢٦ ـ دراسة كيليز وسينر Kiliç & Şener، (2005) [٥٢]:

هدفت تلك الدراسة إلي المقارنة خصائص الوالدين الديموغرافية الاجتماعية، العوامل الإنمائية المتعلقة بالوالدين، معامل الذكاء، الاضطرابات السلوكية، بالإضافة إلي الوظائف العائلية وذلك مع مجموعين من والدي أطفال اضطراب العناد المتحدى المصاحب لاضطراب نقص الانتباه المصحوب النشاط الذائد ووالدي أطفال اضطراب نقص الانتباه المصحوب النشاط الذائد فقط، وقد تمثلت العينة من ٩٢ طفلا تتراوح أعمارهم بين ٦-١١ سنة، تم تشخيصهم باضطراب العناد المتحدى وفقا لمعايير DSM-IV. وقد أكمل الوالدين قائمة فحص السلوك، أداة تقييم الأسرة وإجراء المقابلات العلاجية.

وقد أشارت النتائج إلي انه لا توجد فروق بين المجموعتين في تلك العوامل، في حين وجدت فروق لصالح اقتران الاضطرابين معا في الانسحاب الاجتماعي، المشكلات الجنسية في المقاييس الفرعية لقائمة فحص السلوك، كذلك فقد وجد أن هناك ارتفاع في مستويات الاكتئاب ومشكلات الشرب الوالدين لدي مجموعة اقتران الاضطرابين. وقد انتهت الدراسة إلي أن علاج الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدى يجب أن يشتمل علي علاج الأسرة والتدخل من اجل تحسين مهارة الوالدين.

٢٧ـ دراسة زين واخرون Zhen& Xue-Rong، (2006) [٥٣]:

هدفت الدراسة إلى معرفة أسباب اضطراب العناد المتحدى فيما يتعلق بأساليب المعاملة الوالدية والوظائف الأسرية. وقد تم تشخيص اضطراب العناد المتحدى طبقا لمعايير DSM-IV. وقد تم المقارنة باستخدام مجموعة ضابطة، وقد تم استخدام مقياس البيئة الأسرية باللغة الصينية. وقد خلصت النتائج إلى أن درجة الصراع في عينة اضطراب العناد المتحدى مرتفعة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، كذلك فان درجة عامل " الدفء والحنان" المتعلق بالوالدين كانت منخفضة لدي مجموعة اضطراب العناد المتحدى بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، أيضا فقد كانت درجات عوامل مثل "العقاب" و "الرفض" و "التدخل والحماية المفرطة" مرتفعة بالمقارنة مع المجموعة الضابطة.

٢٨ـ دراسة بامبري وبروسيرلي (Bambery& Porcerelli,. 2006)[٥٤]،

هدفت هذه الدراسة إلى علاج الأعراض النفسية والجسدية المصاحبة لاضطراب العناد المتحدى، وقد استخدم فيها دراسة الحالة لفرد يدعي Robert يبلغ من العمر ثلاث عشر عاما، وهو يعانى من العراك المستمر مع الوالدين وفى المدرسة، والإخفاق الدراسي، وعدم الاهتمامات الحياتية، وقد تم تشخيص ذلك وفق معايير DSM-IV بان لديه اضطراب العناد المتحدي.

وقد أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج النفسى الجسدى بمساعدة الوالدين علي مدار٦ اشهر من العلاج.

٢٩ـ دراسة ريجو وراتيرا (Rigau& Ratera et al. 2006)[٥٥]

هدفت هذه الدراسة إلى إعادة المراجعة لمفهوم اضطراب العناد المتحدى وفق مجموعة من الدراسات السابقة، بالإضافة إلى توضيح أشكال العلاج التى تمت على الاضطراب فى السنوات الماضية، وكذلك فحص الدراسات القائمة على استخدام الأدوية لعلاج الاضطراب.

وقد خلصت الدراسة إلى أن معظم الدراسات استخدمت النموذج السلوكى والنموذج المعرفى فى علاج الاضطراب، كذلك أكدت الدراسة على أن

التدخل العلاجي لعلاج اضطراب العناد المتحدى يجب أن يكون تدخل من خلال الجانب النفسى وليس استخدام الأدوية، بالإضافة إلى أنه يجب تكون علمية التدخل قائمة على الاستعانة بالأسرة فى عملية العلاج، فذلك التدخل لا يوجد فى معظم التدخلات العلاجية.

٣٠ ـ دراسة جوستس (Gustis، 2006): [٥٦]

استهدفت الدراسة معرفة فعالية تدريب الوالدين وتوجيه تعليمات مباشرة وتقديم اوامر فعالة فى خفض اضطراب العناد المتحدى لدى مجموعة من الاطفال يتلقون برنامج رعاية وتكونت العينة من(٥٠) من اباء الاطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى واستخدمت الدراسة استبيان المواقف المنزلية لباركلى(١٩٩٧) وتوصلت الدراسة الى فاعلية تدريب الاباء فى خفض اضطراب العناد المتحدى وزيادة الالتزام الاطفال فى تنفيذ تعليمات الاباء .

٣١ ـ دراسة كازدين واخرون(Kazdin et al، 2006) [٥٧]:

استهدفت الدراسة معرفة تأثير الجمع بين علاج الطفل وعلاج الوالدين فى علاج الاطفال ذوى اضطراب العناد المتحدى والعدوان والسلوك غير الاجتماعى وتكونت العينة من ١٩ بنتاً و ٥٨ ولداً بين العلاج الطفل وعلاج الوالدين يضمن خفض اضطراب العناد المتحدى ويزيد من فاعلية العلاج .

٣٢ ـ دراسة باليرمو واخرون Palermo et al، (2006) [٥٨]:

استهدفت الدراسة معرفة فاعلية لعبة الكاراتيه الرياضية وفن يتطلب الالتزام والطاعة وتعلم ضبط النفس فى خفض اضطراب العناد المتحدى لدى عينة من(١٦) طفل تتراوح أعمارهم الزمنية بين(٨-١٠) سنوات وذلك عن طريق قياس الحساسية الزائدة والتقلبات المزاجية والقدرة التكيفية قبل وبعد الدراسة من خلال مقاييس التكيف والقلق وتقلب المزاج وتوصلت الدراسة الى فعالية رياضة الكاراتيه فى خفض اضطراب العناد المتحدى، وتحسن التزام وطاعة الأطفال وقدرتهم على ضبط النفس والتحكم فى انفعالاتهم .

٣٣ـ دراسة ديركز واخرون Derks et al، (2007)[٥٩]:

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة إذا ما كانت هناك اختلافات في قياس اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة واضطراب العناد المتحدي تعزي إلي انحياز المقياس، بالإضافة إلي فحص التأثيرات الاختلافات الوراثية والبيئة علي تلك السلوكيات. وقد استخدم مقياس Conners Teacher Rating Scale-Revised: Short version (CTRS-R:S)، وذلك في عينة تمثلت من ٨٠٠ ذكر و٨٥١ أنثي بعمر ٧ سنوات.

وقد أشارت النتائج إلي عدم وجود اختلافات ترجع إلي الجنس في البناء العاملي للمقياس CTRS-R:S، مما يعني عدم وجود تحيز للمقياس. كذلك فان الأثر الوراثي لاضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة واضطراب العناد المتحدي كان ذو دلالة عالية، في حين أشارت النتائج كذلك إلى عدم وجود فروق بين للذكور والإناث.

٣٤ـ دراسة ايموند واخرون Emond et al) ، (2007)[٦٠]

هدفت تلك الدراسة إلي دراسة صعوبات التفهم الاجتماعي والصعوبات السلوكية (الانفعالات، العصيان، التحدي، العدوان) كمنبئ للاضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك العدواني في عينة مكونة من ١٩٤٣ طفلا في مرحلة ما قبل المراهقة تم تحديدها في عمر ما بين ١٠-١٢ و ١٣-١٥ سنة. تم قياس اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك من خلال قائمة سلوك الطفل والتقارير الذاتية، وتم قياس سلوك ما قبل المدرسة بالاستبيان الوالدي.

وقد أشارت النتائج إلى أن جميع الصعوبات السلوكية ماعدا العدوان ارتبط باضطراب العناد المتحدي، بينما ارتبط العدوان فقط باضطراب المسلك العدواني. أيضا فقد خلصت النتائج إلي أن هناك فروق نوعية بين اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك العدواني فيما يتعلق بالمكون الاجتماعي لاضطرابات: فقد ارتبط سوء الفهم الاجتماعي مع اضطراب المسلك العدواني، في حين لم يرتبط مع اضطراب العناد المتحدي، كذلك فان سوء التفهم الاجتماعي قد ارتبط بالصعوبات السلوكية فيما قبل المدرسة كمنبئ لاضطراب المسلك العدواني في

حين لم يرتبط باضطراب العناد المتحدي. كذلك فان تلك الارتباطات لم تكون ذات دلاله بين الذكور والإناث، كذلك كانت متشابهة بين مرحلة ما قبل المراهق (١٠-١٢) ومرحلة المراهقة المبكرة (١٣-١٥). أيضا فان سوء التفهم الاجتماعي كان ذو اثر في نمو اضطراب المسلك العدواني دون اضطراب العناد المتحدي.

٣٥-دراسة كوستين وتشامبيرس Costin& Chambers، 2007)[٦١]:

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة فعالية تدريب الوالدين علي الإدارة لإرشاد اضطراب العناد المتحدى وما قد يصاحبه من اضطرابات أخري، وذلك لمجموعة من الأطفال في مرحلة المدرسة تم إحالتهم من قبل هيئة التدريس. وقد تمثلت العينة من ٩٤ والد للأطفال الذين تم تشخيصهم باضطراب العناد المتحدي (٧٦ ذكور/ ١٨ إناث) وتتراوح أعمارهم بين ٥-١٣ سنة، وقد تم التشخيص وفقا لقائمة سلوك الطفل.

وقد أشارت النتائج الإرشادية والإحصائية في القياس البعدي والقياس التتبعي بعد ٥ اشهر إلي فعالية البرنامج ونجاحه في خفض اضطراب العناد المتحدى وبعض الاضطرابات التى قد تصاحبه. وتشير هذه النتائج إلي فعالية استخدام تدريب الوالدين علي إدارة السلوك في مجال الإرشاد النفسي، حيث قوة التدخل من جانب ذلك النوع من الإرشاد قد تكون مناسبة لإرشاد اضطراب العناد المتحدى وما يصاحبه من اضطرابات.

٣٦-دراسة بويلان واخرون(Boylan et al. 2007)[٦٢]

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة العلاقة بين اضطراب العناد المتحدى وكلا من اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب، وقد عملت تلك الدراسة علي تحليل مجموعة من الدراسات العلاجية والمجتمعية والمرضية لدي عينات من الأطفال والمراهقين بمختلف الأعمار، وقد بلغ عدد الدراسات ٦٥٠ دراسة.

وقد أشارت النتائج إلي ارتباط اضطراب القلق واضطراب الاكتئاب باضطراب العناد المتحدي علي مختلف الأعمار، كذلك فقد توصلت النتائج إلي أن

هناك فروق بين الذكور والإناث فيما يتعلق بأنماط الارتباط بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب الاكتئاب والقلق، في حين لم تختلف تلك الأنماط لديهم في مرحلة الطفولة المبكرة

٣٧ـ دراسة برينكماير Brinkmeyer)، (2007، [٦٣]

هدفت تلك الدراسة لإجراء مقارنة بين اضطراب المسلك واضطراب العناد المتحدى لعينة من أطفال مرحلة قبل المدرسة ذوب الاضطراب الفوضوي مكونة من ٨٣ طفلا، تتراوح أعمارهم بين (٣-٦) سنوات. وقد بلغ نسبة اضطراب العناد المتحدى فى العينة ٥٣٪ وفقا لمعايير DSM-IV، في حين بلغت نسبة اضطراب المسلك ٤٧٪ من حجم العينة وفقا لمعايير DSM-IV. وقد تم توحيد العينة من حي السن، النوع، معدل مصاحبة اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه أو ضغوط الأم. وقد أشارت النتائج إلى أنه أثناء الملاحظة وجد أن أطفال اضطراب المسلك لديهم ارتباط اقل بالأم، لا يرغبون بوجود الأب بالمنزل، ويتلقون مديح اقل من جانب الأم. وقد شاركت الأسر في العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) لعلاج الاضطراب الفوضوى في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد أشارت النتائج إلى أطفال اضطراب المسلك لديهم إحساس اقل بالندم بالمقارنة مع أطفال اضطراب العناد المتحدى، كما كانت فترة العلاج اطول بالنسبة لأطفال اضطراب المسلك، كذلك أن أطفال مرحلة الطفولة المبكرة ذوي اضطراب المسلك اظهروا عوامل خطورة اكبر بالمقارنة مع أطفال اضطراب العناد المتحدى واستمر العلاج السلوكي لفترة اكبر لدي أطفال اضطراب المسلك.

٣٨ـ دراسة جروف وآخرون (Grove et al . 2008) [٦٤]:

استهدفت الدراسة تحليل البيانات لعدد (٤٥) دراسة لتقييم فاعلية البرامج العلاجية فى خفض اضطراب العناد المتحدى فى القياس التتبعي بعد (٦) أشهر من العلاج ، وقد أشارت النتائج أن البرامج التى تمت لعلاج الاضطرابين لديها تأثير ايجابي قليل في منع العدوان نحو الملكيات الخاصة، وتقليل السلوك التحدي، وخفض العدوان. بالإضافة إلي أن هذه الدراسات اهتمت بالسجلات الرسمية

المدرسية، الشرطة، أو المحاكم بدرجة اكبر من التوجه بفعالية أكثر نحو إشراك الوالدين، المعلمين، التقارير الذاتية.

٣٩ـ دراسة كوتارسكي Kotarsky، (2008) [٦٥]:

هدفت تلك الدراسة إلى فحص المستويات المختلفة للتواصل الأسرى بين مجموعات من المراهقين ذوي اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه واضطراب العناد المتحدى ومجموعة ضابطة لا تعاني أي اضطرابات نفسية. وقد تمثلت العينة من ١٠٥ ذكر بمدي عمري من ١٠-١٨ سنة. وقد أشارت النتائج إلى وجود فورق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة الضابطة فيما يتعلق بالتواصل الأسرى بالمقارنة مع مجموعة اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه واضطراب العناد المتحدى حيث كان معدل التواصل الأسرى مرتفع، كذلك وجود فورق ذات دلالة إحصائية لصالح اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه فقط في التواصل الأسرى بالمقارنة مع اضطراب النشاط الزائد المصحوب بنقص الانتباه المصاحب لاضطراب العناد المتحدى، وتظهر أهمية تلك الدراسة بدراسة التواصل الأسرى الذي يمثل العامل المسئول عن التغير الاجتماعي لعملية التوازن الشخصي والأسري والنمو الاجتماعي والسلوكي والتوافق مع متغيرا ت الحياة والمواقف.

٤٠ـ دراسة ألين واخرون (Allen et al. 2008)

هدفت تلك الدراسة إلي تقيم ٤٥ دراسة لبرامج منع اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك لتحديد أكثر البرامج فاعلية علي مدار ٦ اشهر من المتابعة بعد انتهاء العلاج.

وقد أشارت النتائج أن البرامج التى تمت لعلاج الاضطرابين لديها تأثير ايجابي قليل في منع العدوان نحو الملكيات الخاصة، وتقليل السلوك التحدي، وخفض العدوان. بالإضافة إلي أن تلك الدراسات اهتمت بالسجلات الرسمية المدرسية، الشرطة، أو المحاكم بدرجة اكبر من التوجه بفعالية أكثر نحو إشراك الوالدين، المعلمين، التقارير الذاتية.

٤١ـ دراسة لافيجن واخرون (Lavigne et al. 2008)،[٦٦]

هدفت تلك الدراسة إلي تحديد أي أنواع العلاج أكثر فعالية، حيث تم المقارنة بين ثلاث أشكال للعلاج التى تمت علي مدار ١٢ جلسة وهي العلاج من قبل الممرضة داخل مركز العلاج النفسي والعلاج من قبل المعالج النفسي بتدريب الوالدين والعلاج من خلال إعطاء الوالدين بعض الكتب عن التدريب الوالدي من قبل المعالج النفسي. وقد تمثلت العينة من ٢٤ متدرب للعمل مع عينة تمثلت من ١١٧٣ والدا لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين ٦-١١ سنة.

وقد أشارت النتائج إلي التحسن بعد القياس القبلي و التتبعي لفترة تصل إلي ١٢ شهرا لدي جميع المجموعات، حيث كان هناك اثر للتحسن عند إعطاء الأطفال جرعات علاجية، حيث حدث التأثير العلاجي بعد سبع إلي ثامن جلسات علاجية، في حين مثل العلاج من خلال إعطاء الوالدين محاضرات فقط من جانب المعالج اقل أنواع العلاج فعالية.

٤٢ـ دراسة فايزة أبو الحجاج (٢٠٠٩) [٦٧]:

هدفت هذه الدراسة التحقق من فاعلية برنامج تدريبي قائم على مجموعة من الأنشطة التكاملية (الحركية – الفنية –القصصية –الموسيقية) في خفض حدة العناد لدى طفل الروضة من ٥-٦ سنوات٠ ، كذلك التحقق من استمرارية البرنامج المقترح في خفض حدة العناد بعد ستة أشهر من توقف البرنامج٠ تكونت عينة الدراسة من ٣٠ طفل من الروضة من ٥-٦ سنوات، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق داله إحصائيا بين متوسطات درجات الأطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس العناد كما تدركه المعلمة لصالح القياس البعدي ، كذلك عدم وجود فروق داله إحصائيا بين متوسطات درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدى (بعد تطبيق البرنامج مباشرة) و التتبعي (بعد ستة أشهر) على مقياس العناد لأطفال الروضة كما تدركه المعلمات٠

٤٣ـ دراسة فوسوم (Fossum et al، 2009)، [٦٨]

هدفت هذه الدراسة إلى تأكيد فعالية تدريب الوالدين على خفض

اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك لدى عينة من الأطفال تتمثل من ١٢١ طفلا تتراوح أعمارهم ما بين ٤-٨ سنوات. وقد تم استخدام قائمة تشخيص سلوك الطفل لتشخيص اضطراب العناد المتحدى.

وخلصت النتائج إلى فعالية تدريب الوالدين على التعامل مع أطفالهم فى خفض اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك.

٤٤ـ دراسة هاماما ورونين (Hamama & Ronen . 2009)[٦٩]:

استهدفت الدراسة التحقق من فاعلية الرسم فى تقييم وعلاج اضطراب العناد المتحدى لدى (٣) أطفال بعمر زمنى من (١٠-١١) سنة حيث تلقى التلاميذ معلومات عن ما هو السلوك ؟ وكيف يرتبط بكل من التفكير والعواطف ؟ وما هى استراتيجيات تعديل السلوك ؟ ثم طلب منهم رسم تصوراتهم عن عالمهم وسلوكهم قبل وبعد العلاج وتوصلت الدراسة إلى فاعلية الرسم فى تقييم اضطراب العناد المتحدى كنوع من التقرير الذاتى يمدنا بمعلومات عن قدرة الطفل على إدراك العلاقة بين التفكير والعواطف والسلوك وتكشف عن عملية التغير ، وأيضاً فاعلية الرسم فى تعديل السلوك وخفض الاضطراب والسلوك العدوانى وتحسين مهارة ضبط النفس .

٤٥ـ دراسة كيري واخرون (Kheirie et al[٧٠] ، 2009)

هدفت هذه الدراسة إلي معرفة تأثير برنامج الوالدي الايجابي في خفض أعراض اضطراب العناد المتحدى لدي عينة من الأطفال بلغ عددها ٣٣٠ طفلا في مرحلة ما قبل المدرسة وبداية السنة الأولي، و تتراوح أعمارهم من ٦-٧ سنوات، وقد استخدم مجموعتين، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة في هذا التصميم، ولتحديد العينة تم القيام بتحديد والدي الأطفال الذين حصلوا علي درجة عالية في مقياس قائمة سلوك الطفل، ثم تم عمل مقابلة تشخيصية مع الوالدين لاختيار من تنطبق عليهم معايير DSM-IV-TR، وتم التأكد من توافر هذه المعايير لديهم، ثم تم تقسيم العينة إلي مجموعتين احديهما تجريبية (٢٥) والأخرى ضابطة (٢١). وقد تم تطبيق البرنامج علي المجموعة التجريبية فقد.

وقد أشارت النتائج بعد تحليل البيانات إلي أن والدي الأطفال الذين تعرضوا إلي البرنامج الإرشادى تم خفض أعراض الاضطراب عند أطفالهم، في حين أن والدي أطفال المجموعة التجريبية لم يحدث لديهم أي تغيير دال.

٤٦-دراسة لويبر وآخرون (Loeber et al، 2009) [٧١]:

هى دراسة وصفية للدراسات التى تناولت اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك والتخلف العقلى وتوصلت الدراسة إلى اضطراب العناد المتحدى ليس فقط مؤشراً الى اضطراب المسلك والشخصية المضادة للمجتمع ولكن أيضاً للقلق والاضطرابات المزاجية ، وطرق العلاج الفعالة هى العلاج المعرفى السلوكى ، تدريب الآباء على الإدارة العلاج متعدد الأنظمة الذى يتضمن الطفل والوالدين والمدرسة والأقران .

٤٧-دراسة (محمود ابو المجد عثمان ، ٢٠٠٩) [٧٢]:

واستهدفت التعرف علي فاعلية برنامج متعدد الانظمة Multisystemic Therpy في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي عينة من الاطفال الذين تتراوح اعمارهم الزمنية ما بين (٩-١٢) سنه، وقد بلغ عددهم (١٢) طفلاً يمثلون المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، واولياء امور الاطفال ذو اضطراب العناد المتحدي و عددهم (٦)، ومعلمي الاطفال ذو اضطراب العناد المتحدي و عددهم (٣) معلمين، وتوصلت الدراسة الي فاعلية برنامج متعدد الانظمة في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي عينة البحث لصالح المجموعة التجريبية .

٤٨-دراسة لاهي واخرون Lahey et al)، (2009، [٧٣]

هدفت تلك الدارسة إلي اختبار فرضية أن اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط الذائد يمثل منبىء للاضطراب المسلك، وقد تم عمل دراسة ممتدة علي والدات الأطفال بلغ عددهم ٦٤٦٦ سيدة. وقد تم التنبؤ باضطراب المسلك في المرحلة العمرية ٨-١٣ من خلال المرحلة العمرية ٤-٧ سنوات.

وقد أشارت النتائج إلي أن اضطراب العناد المتحدى واضطراب النشاط

الذائد المصحوب بنقص الانتباه يمثل منبئ قوي لاضطراب المسلك في المراحل التالية للنمو، حيث يحدث ذلك وفق عوامل بيئية وراثية تحفز ذلك التحول.

٤٩ـ دراسة دروجلي Drugli et al) ، (2010، [٧٤]

استهدفت التعرف علي فاعلية الإرشاد باستخدام التدريب الوالدي مع أطفال اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك في دراسة تتبعيه من ٥ إلي ٦ سنوات ".

هدفت هذه الدارسة إلي معرفة اثر التدريب الوالدي طويل المدى علي إرشاد اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك، حيث قامت هذه الدراسة بتشخيص حالة الأطفال كنائج وكذلك التنبؤ بالاستجابة للإرشاد من خلال فحص عينة من الأطفال ما بين عمر الخامسة والسادسة من خلال قياس تتبعي. تمثلت عينة الدراسة من ٩٩ طفلا تم معالجتهم من خلال التدريب الوالدي وبرنامج إرشاد الأطفال. وقد تم عمل دراسة تتبعيه لنسبة ٥٤.٥٪ من أطفال الدراسة.

وقد أشارت النتائج إلي انه بينما كل الأطفال تم تشخيصهم علي اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك قبل الإرشاد، و بعد ٥-٦ سنوات فان ٣٢ من أطفال العينة فان التشخيص الذي اجري لهم مرة أخري لم يكون دال، ونفس النسبة قد وجدت بعد عام من المتابعة، وقد كانت الفاعلية الأكثر الإرشاد لمجموعة الأطفال الذين يعيشون مع الأم فقط ومن الإناث.

٥٠ـ دراسة سميث Smith et al، (2010): [٧٥]

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية نموذج التقييم العلاجي مع الأطفال من الذكور ذوى اضطراب العناد المتحدى وكذلك مع أسرهم، حيث تم عمل تصميم متعدد التطبيق للحالة الواحدة A Replicated Single-Case Time-Series Design لإجراء عملية قياس يومية، وذلك لقياس فعالية نموج التقييم العلاجى ولمتابعة عملية التغيير الظهارة، وقد تم تطبيق النموذج على ثلاث أسر.

وقد أشارت النتائج إلى فعالية النموذج فى علاج اضطراب العناد المتحدى

لدى الذكور وأسرهم، كذلك مكن النموذج من متابعة عملية العلاج ومتابعة التغيير الذى يحدث خطوة بخطوة.

٥١ـ دراسة فيرو واخرون Ferro et al، (2010) [٧٦]:

هدفت تلك الدراسة إلى تطبيق العلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل علي طفلة ذات ثلاث أعوام تعاني من اضطراب العناد المتحدى، وقد أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في علاج الاضطراب، كذلك أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج بعد الدراسة التتبعية.

٥٢ـ دراسة ديفونسيكا واخرون Da Fonseca et al، (2010) [٧٧]:

هدفت تلك الدراسة إلي تحديد أي النظريات المتضمنة التى تأثر في تحسين الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدى، والصعوبات الأكاديمية. تمثلت العينة ٢٥ طفل تترواح أعمارهم بين ٨-١١ سنة من ذوي اضطراب العناد المتحدى تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

وقد أشارت النتائج إلي أن زيادة الأداء المعرفي (معامل الزكاء) الموجود لدي الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدى يتزايد وفقا الظروف الشرطية التى يمر بها الطفل أي في مواقف العناد، في حين لا يتزايد الأداء المعرفي لدي الأطفال ظروف التحكم. ذلك التحسن المعرفي يمكن أن يلاحظ كعامل دفاعي لدي الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدى في النسق الأكاديمي.

٥٣ـ دراسة لانزا و درابيك Lanza& Drabick) ، (2010، [٧٨]

عمدت تلك الدراسة إلي معرفة كيفية توسط العمليات الأسرية العلاقة بين فرط الحركة / الاندفاع (HI) hyperactivity/impulsivity وأعراض اضطراب العناد المتحدى لدي عينة من الأطفال تمثلت من ٨٧ طفلا (٥١٪ ذكور) من اسر ذات دخل منخفض. وقد تم قياس اضطراب العناد المتحدى و فرط الحركة / الاندفاع من خلال تقارير الوالدين والمعلمين. وقد تم قياس فرط الحركة / الاندفاع أيضا من خلال المهام المعملية، وقد تم قياس الروتين الأسرى من خلال التقارير الذاتية للأطفال.

وقد أشارت النتائج بعد أجراء تحليل الانحدار الهرمـي إلي أن الأسر ذات الروتين اليومي توسطت فرط الحركة / الاندفاع لدي الأطفال، ومن بين الأطفال الذين أشار إليهم تقرير المعلمين لـديهم ارتفـاع فـرط الحركـة / الانـدفاع ، والمنخفضين في الروتين الأسرى قد ارتبطـوا بالتقـارير المرتفعـة لـدي المعلمـين لتقدير اضطراب العناد المتحدى بالمقارنة مع الأطفال الذين أشارت إليهم تقارير المعلمين بأنهم منخفضي فرط الحركة / الاندفاع. كذلك أشارت النتـائج إلي أن الأطفال الذين لديهم تقارير ذاتية مرتفعة عن الروتين الأسرى قد تـم تـصنيفهم علي أنهم منخفضين في اضطراب العناد المتحدى وفقا لتقـارير المعلمـين وذلـك بغض النظر عن التقدير المرتفع لفرط الحركـة / الانـدفاع لـديهم وفقـا لتقـارير المعلمين، أيضا أشارت النتائج إلي أن الأسر التى لديها مستويات منخفـضة مـن الروتين قد تكون في خطر تعرض أطفالها اضطراب العناد المتحدى خاصة الأسر الفقيرة ومنخفضة الدخل والمرتفعة ولدي أطفالها ارتفاع فرط الحركة / الاندفاع.

٥٤ـ دراسة بوبير Bubier، (2010):

هدفت تلك الدراسة إلي فحص ارتباط حدوث اضطراب العناد المتحدى بقلق الانفصال وقلق العـام، فحـص كيـف تمثـل أعـراض القلـق العـام منبـئ لاضطراب العناد المتحدى، فحص كيف تمثـل أعـراض قلـق الانفـصال منبـئ لاضطراب العناد المتحدى، كيف تمثل أعراض اضطراب العناد المتحد منبئ لقلق العام، كيف تمثل أعراض اضطراب العناد المتحد منبئ لقلق الانفصال، الأخطار التى يمكن أن تحدث نتيجة اقتران اضطراب العنـاد المتحـدى بقلـق الانفـصال اضطراب العناد المتحدى وقلق العام. وقد تمثلت العينة من ٨٨ طفل من المستوي الرابع.

وقد توصـلت الدراسـة إلي أن اضـطراب العنـاد المتحـدى يمثـل منبـئ لاضطراب القلق العام واضطراب قلق الانفصال، كذلك إلي وجود مخاطر نتيجة اقتران اضطراب العناد المتحدى بالقلق العام وقلق الانفصال.

٥٥ـ دراسة كيم واخرون Kim et al)، (2010، [٧٩]

هدفت تلك الدراسة إلي تحديد الأنماط المزاجية والمرضية لاضطراب العناد

المتحدي مستقلا عن ADHD، كذلك هدفت تلك الدراسة إلي المقارنة بين الأنماط الانفعالية والأمراض النفسية لدي كلا من ODD و ADHD. وقد تمثلت عينة الدارسة من ٢٦٧٣ والد لعدد من التلاميذ تم اختيارهم بصورة عشوائية من ١٩ مدرسة في سول بكوريا، وقد أكملوا جدول التشخيص لأطفال الإصدار IV.

وقد أشارت النتائج إلي أن أفراد العينة ذوي اضطراب العناد المتحدي اظهروا انفعالات ومظاهر مميزة مرتفعة في البحث عن الجدية high Novelty Seeking، انخفاض في التوجيه الذاتي، انخفاض في التعاون، وأنماط مميزة علي قائمة سلوك الأطفال (Child Behavior Checklist (CBCL)، وزيادة في خطر الإصابة بالاضطرابات المزاجية والقلق بالمقارنة ADHD. الأطفال والمراهقين الذين لديهم اضطراب العناد المتحدي وعجز الانتباه وفرط الحركة معا اظهروا مستويات منخفضة من المثابرة وتوجيه الذات، ودرجة مرتفعة لأربع مقاييس فرعية لقائمة فحص سلوك الأطفال (القلق/ الاكتئاب، مشكلات الانتباه، سلوكيات الجنوح، سلوكيات العدوان) بالمقارنة بالذين لديهم اضطراب العناد المتحدي.

٥٦-دراسة ديمانتبولو واخرون Diamantopoulou et al، (2010) [٨٠]:

هدفت تلك الدراسة إلي فحص نمو مشاكل الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial (APP) personality problems في سن البلوغ من خلال السلوك المخرب واستيعاب المشكلات في مرحلة الطفولة والمراهقة. تم تحديد عينة لوالدي ٥٠٧ طفل (٦-٨ سنة) لديهم أعراض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة واضطراب العناد المتحدي والقلق، وارتباطها بالمرهقين (١٤-١٦سنة) ذوي أعراض الاكتئاب، سوء استخدام المواد، مشكلات المسلك، والمشكلات الجسدية، للتنبؤ بمشكلات الشخصية المضادة للمجتمع لدي المراهقين (٢٠-٢٢ سنة).

وقد خلصت النتائج إلي أن هناك نمو هرمي لمشاكل الشخصية المضادة للمجتمع. فبالرغم من ارتباطها الايجابي بمشكلات المسلك في المراهقة، فان كلا من استيعاب المشكلات وسوء استخدام المواد لم يعطوا دلاله للتنبؤ بمشكلات

الشخصية المضادة للمجتمع في البلوغ. كذلك فقد أشارت النتائج إلي أن أعراض ADHD في مرحلة الطفولة المبكرة لم تكن ذو فاعلية للتنبؤ بمشكلات المسلك، أيضا فان النتائج أشارت إلي عدم وجود تفاعل بين أعراض ODD و ADHD في التنبؤ باضطراب المسلك، كذلك فان مسارات النمو لمشكلات الشخصية المضادة للمجتمع لم تتأثر باختلاف الجنس.

٥٧ ـ دراسة درابيك Drabick et al)، (2011، [٨١]

هدفت تلك الدراسة إلي فحص التنبؤ المتوقع من تقارير الوالدين والمعلمين لارتباط بين أعراض اضطراب العناد المتحدى، واضطراب المسلك، واضطراب الاكتئاب العام، واضطراب القلق العام، كذلك هدفت تلك الدراسة إلي معرفة كيف تتوسط الوظائف التنفيذية executive functioning abilities تلك العلاقة، وقد تمثلت العينة من ٨٧ طفلا.

وقد خلصت الدراسة إلي تقارير الوالدين والمعلمين عن اضطراب العناد المتحدى مثلت منبئ لاضطراب المسلك، واضطراب الاكتئاب العام، واضطراب القلق العام. كذلك فقد أوضحت أن قدرة الأطفال المتمثلة في الوظائف التنفيذية قد توسطت العلاقة بين تقارير الوالدين حول اضطراب العناد المتحدى، وبين اضطراب المسلك، واضطراب الاكتئاب العام.

٥٨ـ دراسة مانكفولد واخرون Munkvold et al، (2011) [٨٢]:

هدفت تلك الدراسة إلي معرفة وتحديد الخصائص المميزة لاضطراب العناد المتحدي لتحديد الفروق بين الجنسين، وكيف يمكن لذلك أن يرتبط بالأنماط المصاحبة، وقد قد تم الحصول علي البيانات من عينة تمثلت من ٧٠٠٧ طفلا (٧-٩ سنوات)، وقد تم عمل استبيان يصف المعايير التشخيصية لاضطراب العناد المتحدي وفقا لمعايير DSM-IV حيث تم توزيعه علي الوالدين والمعلمين. وقد تم قياس مشكلات الصحة النفسية mental health problems باستبيان مواطن القوة والصعوبات Strengths and Difficulties Questionnaire.

وقد أشارت النتائج إلي أن الذكور (ن=١٢٢) والإناث (ن= ٤١) الذين لديهم أعراض اضطراب العناد المتحدى لديهم مخاطر كبيرة لتعرضهم لأعراض انفعالية، واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه، ومشكلات مع الأصدقاء وذلك بالمقارنة مع الأطفال العاديين. وقد أشارت النتائج كذلك إلي أن الذكور كانوا أكثر من الإناث وفقا لتقديرات المعلمين باستثناء الأعراض الانفعالية. في حين لم توجد فروق بين الذكور والإناث وفقا لتقديرات الوالدين. وخلصت نتائج الدراسة إلي أن أعراض مشكلات الصحة النفسية تحدث للإناث اضطراب العناد المتحدي بنفس القدر الذي يحدث لدي ذكور اضطراب العناد المتحدى.

٥٩ـ دراسة (عادل سيد عبادي احمد، ٢٠١٣): [٨٣]

استهدفت هذه الدراسة التحقق من فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ الحلقة الابتدائية من التعليم الاساسي، وتوصلت الي ووجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات اطفال المجموعة الارشادية علي مقياس تشخيص اضطراب العناد المتحدي في القياس القبلي و القياس البعدي للبرنامج الارشادي لصالح القياس البعدي، كما اسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات اطفال المجموعة الارشادية علي مقياس تشخيص اضطراب العناد المتحدي في القياس البعدي و القياس التتبعي بعد شهرين من التطبيق.

ثالثا : التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد تعددت الأهداف باختلاف المحاور التى تم فى ضوئها تقسيم الدراسات السابقة وهي:

دراسات المحور الأول: الدراسات التى تناولت تشخيص وقياس اضطراب العناد المتحدي وعلاقته ببعض المتغيرات:

١- تشير معظم الدراسات إلى أن أسباب اضطراب العناد المتحدي ترجع إلى عوامل وراثية وأخرى بيئة وهذا ما توصلت إليه الدراسات التالية

2001 : ، 2000: Burt et al ،1996 : Ray et al ، Webster – Stratton)
. (2005 ،Dick et al

٢- توصلت دراسات (Frick et al، 1992 : Delaunay et al ،2005) إلى وجود تأثيرات هامة لأساليب المعاملة الوالدية اللاسوية من سلطة الوالدين والإصرار على الإنضباط واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع و الاهتمام الزائد على اضطراب العناد المتحدي .

٣- توصلت دراسات (Greene et al ،2002: Drabick 2004 : Delaunay et al، 2005 : Matthew et al .2007). إلى أن اضطراب العناد المتحدي يؤدى إلى العديد من السلوكيات الإجتماعية والأسرية اللاسوية واضطرابات الحالة المزاجية والقلق والإدمان فى مرحلة المراهقة المبكرة ، بالإضافة إلى الغضب والعنف والسلوك العدائى نحو الوالدين والمعلم والأشقاء والأقران .

٤- توضح معظم الدراسات أن أعمار العينة تتراوح ما بين (٦-١٢) سنة كما فى دراسات (Frick et al ،1992 . Burt et al 2001 : Delaunay et al 2005 : Greene et al 2002) .

٥- تشير الدراسات إلى تنوع المقاييس المستخدمة لتقدير اضطراب العناد المتحدى لدى الأطفال ما بين تقارير ذاتية وتقديرات الوالدين أو المعلم لسلوك الطفل إلا أنها تشترك معظمها فى استخدامها للمعايير التشخيصية لأحد إصدارات الدليل الشخصى والإحصائى للأمراض العقلية ومن هذه الدراسات (Webster – stratton 1996 . Basten & Digo 1999 Rey et al 2004 . Dick et al ،.2000 : Greene et al .2001 : Reid Costin et al . 2005 : Chambers 2007 : Matthew et al .2007) .

٦- تتفق دراسة Greene et al (2002) و(Pardini et al (2010 علي وجود فروق واضحة بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك، حيث يمكن تشخيص الاضطرابين بمعزل عن بعضهما الأخر نظرا لاختلاف المعايير واختلاف المرحلة العمري.

٧- تتفق دراسة كلاً من Waschbusch et al (2003) و(Drabick et al (2007

و(Munkvold et al (2009 و(Drabick et al (2011 فى وجود إختلاف بين الوالدين والمعلمين فى تقدير أعراض اضطراب العناد المتحدى، حيث أظهرت ضرورة إستخدام مقياسين لقياس اضطراب العناد المتحدى صورة للمعلمين وصورة للوالدين ، وذلك للإختلافات البينية فى نوع السلوك بين المنزل والمدرسة.

٨- حاولت بعض الدراسات المقارنة بين تصنيف DSM-IV وبين تصنيف ICD-10 مثل دراسة (Kelter & Pope (2011 لتوضيح الفروق بين معايير كتشخيص اضطراب العناد المتحدى في كلا من التصنيفين.

٩- عملت بعض الدراسات علي إعادة دراسة المقاييس التى تم تطبيقها لتشخيص اضطراب العناد المتحدى، وذلك في محاولة لتمييز تشخيص اضطراب العناد المتحدى عن اضطراب النشاط الذائد المصحوب مثل دراسة كلا من (Rowe et al (2005 و(Munkvold et al (2009 .

١٠- كذلك عملت بعض الدراسات محاولة توضيح الفروق المميزة بين في تشخيص اضطراب العناد المتحدى عن اضطراب المسلك مثل دراسة (Greene et al (2002.

١١- كذلك اتجهت دراسة (Drabick et al (2011 إلي محاولة توضيح أثر الفروق بين الجنسين في استجابة القائمين بتقدير أعراض اضطراب العناد المتحدى.

١٢- أيضا اتجهت دراسة (Drabick et al (2011 إلي محاولة توضيح الاختلاف بين الوالدين والمعلمين في بتقدير أعراض اضطراب العناد المتحدى.[٨٤]

١٣- نجد أن كثير من الدراسات قد أرجعت السبب الرئيسي لاضطراب العناد المتحدي إلي الأسرة، حيث خلصت دراسات (Burt et al (2003، Kiliç & Şener (2005)، (Da Fonseca et al (2010 إلي أن الصراع الأسرى والخلل في الوظائف الأسرية والإهمال من جانب الأسرة وعدم التفاعلي داخلها يمثل السبب الرئيس لاضطراب.

١٤- أرجعت بعض الدراسات أسباب اضطراب العناد المتحدى إلي العوامل

الوراثية والعصبية كلا من Derks et al (2007) و Serra-Pinheiro et al (2004).

١٥- كذلك أشارت بعض الدراسات إلي تأثير العوامل البيئية و الديموجرافية والاجتماعية كأحد أسباب اضطراب العناد المتحدى مثل دراسة كلا من Kiliç & Şener (2005) وDerks et al (2007) .

١٦- كذلك أشارت بعض الدراسات أن السبب قد يرجع إلي صعوبات في التفهم الاجتماعي وصعوبات سلوكية ومعامل الذكاء والأداء المعرفي مثل دراسات Kiliç & Şener (2005)، Emond et al (2007)، Derks et al (2007)، Da Fonseca et al (2010) .

١٧- نجد أن دراسة Loeber et al (2000) قد اهتمت بتوضيح الفرق بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك لدي الأطفال

١٨- في حين نجد أن دراسة Joyce& Oakland (2005) قد عملت علي توضيح العلاقة بين اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك من خلال ما يصاحب كلا الاضطرابين من مظاهر انفعالية.

١٩- في حين نجد أن دراسات كلا من Lahey et al (2009) و(2010) Diamantopoulou et al قد بحثت في هل اضطراب العناد المتحدى يمثل منبئ لاضطراب المسلك.

٢٠- أيضا نجد دراسة Kim et al (2010) قد أوضحت العلاقة بين اضطراب العناد المتحدى اضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه لدي الأطفال، وذلك من خلال ما يصاحب كلا الاضطرابين من مظاهر انفعالية.

٢١- واتجهت دراسة كلا من Boylan et al (2007) و Bubier (2010) إلي دراسة العلاقة بين اضطراب العناد المتحدى وبين كلا من اضطراب القلق، واضطراب القلق العام واضطراب الاكتئاب لدي مجموعة من الأطفال.

٢٢- فيحين نجد أن دراسة Harada et al (2002) قد عمدت إلي دراسة الآثار النفسية والاجتماعية التى تنشئ عن اضطراب العناد المتحدى.

٢٣- وانتهت دراسة Lanza& Drabick (2010) إلي توضيح اثر الروتين اليومي داخل الأسرة علي اضطراب العناد المتحدى. في حين اتجهت دراسة(Munkvold et al (2011 إلي محاولة الكشف عن الفروق بين الجنسين في اضطراب العناد المتحدى.

أ- من حيث العينة:

- نجد هنا أن عينة الدراسات التى تمت في هذا المحور تترواح ما بين ٦- ١٢ سنة وهو ما يتضح في دراسات (2005) Kiliç & Şener، Emond et al (2007)، Da Fonseca et al (2010).
- بالنظر إلي دراسات Harada et al (2002)، Joyce& Oakland (2005)، Lahey et al (2009)، Diamantopoulou et al (2010)، Munkvold et al (2011)، Bubier (2010) قد تمثل فيها العينة في مجموعها من الأطفال، وقد تراوح فيها الأعمار الزمنية من ٦-١٤ عاما.

ج- من حيث الأدوات:

- تم الاعتماد في تشخيص اضطراب العناد المتحدى علي مقياس كورنز للمعلمين، قائمة تقدير سلوك الطفل، مقياس تقدير السلوك للوالدين، وهو ما يتضح من دراسات Burt et al (2003)، Emond et al (2007)، Derks et al (2007).
- لم يظهر تنوع واضح في أدوات الدراسة، فقد اتجهت كل الأدوات المستخدمة علي تطبيق المعايير الخاصة بالدليل الأمريكي الإصدار الرابع لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية DSM-IV، فنجد أن دراسات مثل دراسة Kim et al (2010)، Munkvold et al (2011) قد عملت علي اللجوء إلي معايير DSM-IV للتأكد من عملية التشخيص.

دراسات المحور الثانى: الدراسات التي تناولت الأساليب والفنيات المختلفة لخفض اضطراب العناد المتحدي:

اهتمت دراسات ذلك المحور بتوضيح الأساليب والفنيات العلاجية

لاضطراب العناد المتحدى وفعالية العلاج لأسرى والوالدى مع بعض الاضطرابات:

١- توصلت معظم الدراسات إلى أن طرق العلاج الفعالة مع اضطراب العناد المتحدى هى العلاج المعرفى السلوكى ، تدريب الآباء ، العلاج الأسرى ، الضبط الذاتي ومن هذه الدراسات(Bastien ، 2000 . Reid etal : 2003 Greene et al، Costin et al : 2004، Zutell : 2004 ، . 2005 (Hoff et al، Ronen : 1998، 2004، Ronen، Palermo et al : 2005، 2006

٣- تشير الدراسات إلى أهمية تدريب الآباء فى خفض اضطراب العناد المتحدى وأن الجمع بين علاج الطفل مع تدريب الوالدين لـه دور كبـير فى تعـديل السلوك وخفض اضطراب العناد المتحدى ومنها دراسات(Bastien، 2000 Din & Marilyn :، Green: 2001، et al، Goseten et al: 2004، 2004 Webster –stratton et al، Kazdin etal :2004، (2006 و أن تـدريب المعلم يزيد من فعالية العلاج .

١- توصلت بعض الدراسات ان من طرق العلاج الحديثة مع اضطراب العنـاد المتحدى العلاج بالفن كالرسم والعلاج بالرياضة وهـذا مـا أشـارت إليـه دراسات Palermo et al)، Hamama & Ronen : 2006، (2009 .

٢- توصلت بعض الدراسات إلى فاعلية العـلاج متعـدد الأنظمـة في خفـض اضطراب العناد المتحدي لدى الأطفال ومنها Sprague & Thyer)، 2003 loeber et al 2009 (،Webster – stratton et al .2004 : ،Ronen 2004 . .

أ- من حيث نوع البرنامج:

- نجد أن معظـم الدراسـات أجمعـت عـلى ضرورة تـدخل الأسرة فى إرشـاد اضطراب العناد المتحدى لما تمثله من دور رئيس فى العلاج مثل دراسـة كـلا من Rigau-Ratera et al (2006) و Cononley et al (2003) .
- يعد تدريب الوالدين من أكثر البرامج العلاجية التى كانت ذات فعاليـة فى إرشـاد المـشكلات و الاضـطرابات الـسلوكية وكـذلك اضـطراب العنـاد

المتحدى، حيث يتضح ذلك من خلال دراسات Kheirie et al (2009) و Fossum et al (2009) و Lavigne et al (2008) و نايفة الشويكي و نزيه حمدي (٢٠٠٨) و(2007) Costin& Chambers ،Costin& Chambers (2007)، Kheirie et al (2009)، Drugli et al (2010)، حنان زكريا عبد الغنى (٢٠١١).

- كذلك اتجهت بعض الدراسات إلي استخدام الإرشاد الاستراتيجى الأسرى لعلاج اضطراب العناد المتحدى وبعض المشكلات السلوكية مثل دراسة Santisteban et al (1997) و Steinberg et al (1997).
- أيضا اتجهت بعض الدراسات إلي استخدام الإرشاد السلوكى والإرشاد المعرفى فى محاولة لعلاج اضطراب العناد المتحدى مثل دراسات Greene et al (2004)، Ronen (2005)، Rigau-Ratera et al (2006)، Costin& Chambers (2007).
- اتجهت بعض الدراسات إلي استخدام الإرشاد الأسرى مع بعض الاضطرابات مثل صافيناز احمد كمال (٢٠٠٤)، أميرة بخش (٢٠٠٨) ومحمد ضيف الله عبد العال (٢٠٠٩) و محمد السعيد على المصرى (٢٠١٠) و صالح عبد المقصود موسى السواح (٢٠١٠) و إميل اسحق عبد السيد (٢٠٠٣.

ب- من حيث العينة:

نجد أن الدراسات التي تناولت علاج اضطراب العناد المتحدى قد طبقت علي عينة يتراوح عمرها ما بين ٥-١٣ سنة، نجد أيضا أن معظم تلك الدراسات حاولت التركيز علي الفترة العمرية من ٦-٩ سنوات مثل دراسة Costin& Chambers (2007)و Lavigne et al (2008) و Kheirie et al (2009) .

ت- من حيث الأدوات:

اتجهت كل الأدوات المستخدمة نحو استخدام معايير الدليل الدليل التشخيصى الرابع DSM-IV لتشخيص اضطراب العناد المتحدى، وهذا ما يتضح

فى بعض الدراسات مثل دراسة (2006) Bambery& Porcerelli و Smith et al (2010) قد عملت علي اللجوء إلى معايير DSM-IV للتأكد من عملية التشخيص، بالإضافة إلى استخدام بعض الدراسات إلى قائمة تقدير سلوك ومقياس التقدير الوالدى والتقارير الذاتية مثل دراسة (2003) Cononley et al و Costin& Chambers (2007).

رابعا :الخلاصة:

١ - أن جميع الدراسات قامت بتشخيص اضطراب العناد المتحدي علي انه يبدأ فيما يقارب من عمر السادسة وينتهي في بداية مرحلة البلوغ.

٢- تنوعت الأدوات الخاصة بقياس اضطراب العناد المتحدي لكن في مجملها كانت تتمحور حول المعايير الخاصة بالدليل التشخيصي DSM-IV، وقد نتج عن عدم التميز بين اضطراب العناد المتحدى، واضطراب المسلك، واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه إلي التداخل في عملية التشخيص.

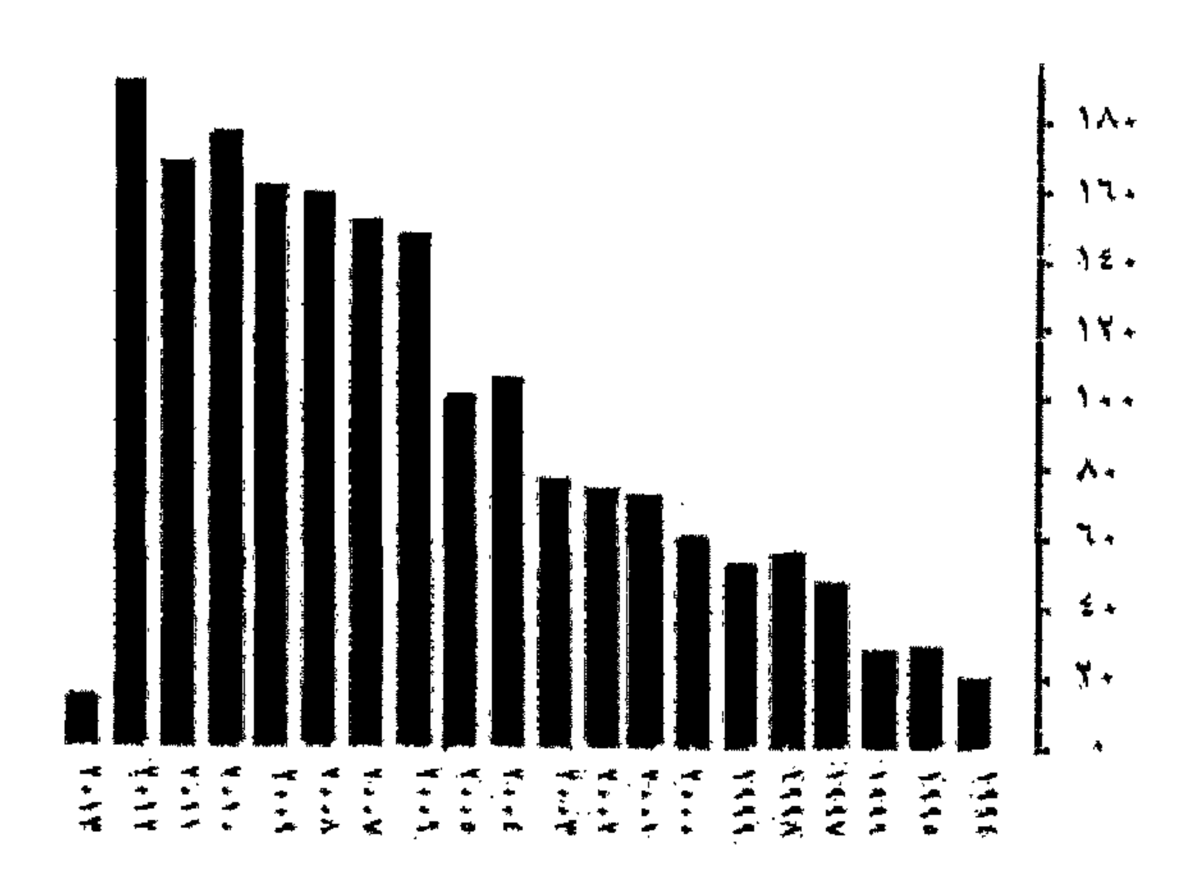
٣- الاختلاف الواضح بين اضطراب العناد المتحدي، اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، واضطراب المسلك وان كانت تتفق جميعا في تصنيفها الرئيس حول كونها احدي الاضطرابات السلوكية الخاصة بمرحلة الطفولة.

٤ - يؤدي الإهمال في علاج اضطراب العناد المتحدي إلي أن يصبح الأطفال عبارة عن أفراد ناقمين علي المجتمع ويعملون علي الإضرار به.

٥- تنوعت البرامج العلاجية فمنها السلوكية والمعرفية والوالدية.

تم إجراء العديد من الدراسات التى تناولت اضطراب العناد المتحدى، فقد بلغ عدد الدراسات التى أجريت حول اضطراب العناد المتحدى منذ عام ١٩٨٥ وحتى عام ٢٠١٣ مجموع قدره ٢٩٦٥ دراسة كما هو موضح بالشكل(٦)*". فى حين بلغ عدد الدراسات التى ارتبطت بشكل مباشر

باضطراب العناد المتحدى ٢٨٦ دراسة، أما الدراسات التى عملت على التدخل لخفض اضطراب فقد بلغ عددها ٢٦ دراسة، كما بلغ عدد الدراسات التى تناولت الأطفال منها ٣٢٠ دراسة.[٨٦]



شكل (٩)

إحصائية دراسات اضطراب العناد المتحدى

إحصائية دراسات الإرشاد الأسرى

كذلك فقد بلغ عدد المجلات التى قامت بنشر دراسات عن اضطراب العناد المتحدى ٢٤٢ .

جدول (٥)

بعض الدوريات التى قامت بنشر دراسات عن اضطراب العناد المتحدى

م	اسم المجلة
١	Journal of The American Academy of Child And Adolescent Psychiatry
٢	Journal of Abnormal Child Psychology
٣	Journal of Consulting And Clinical Psychology
٤	Journal of Child Psychology And Psychiatry
٥	Journal of Abnormal Psychology
٦	American Journal of Psychiatry
٧	Biological Psychology
٨	Journal of Clinical Child Psychology
٩	Psychological Reports
١٠	European Child & Adolescent Psychiatry
١١	Psychological Assessment
١٢	Behavior Therapy
١٣	Neuroendocrinology Letters
١٤	School Psychology Review
١٥	Child Neuropsychology
١٦	Clinical Child And Family Psychology Review
١٧	Health Technology Assessment
١٨	Child & Family Behavior Therapy
١٩	Child Psychiatry & Human Development
٢٠	Psychiatry And Clinical Neurosciences
٢١	Journal of Child And Adolescent Psychopharmacology

مراجع الفصل الثاني

(1) Achenbach، T: Manual for the child behavior checklist/4 - 18 and 1991 Profile . Burlington، VT: University of Vermont Department of Psychiatry. (1991).p22.

(2) Achenbach، T. Manual for the child behavior checklist/2-3 and 1992 Profile. Burlington، VT: University of Vermont Department of Psychiatry. (1992).p55.

(3) Frick، P.; Lahey، B.; loeber، R.; Stouthamer-Loeber، M.; Christ، M.& Hanson، K. :Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder: parental psychopathology and maternal parenting. Journal of consulting and clinical psychology، 60 (1)، (1992).p 49-53.

(4) Webster-Stratton ،C: "Early-onset conduct problems: does gender make a difference?"، Journal of Consulting and Clinical Psychology، 64(3) .(1996) ،p.540-551.

(5) Rey ،J. ، Walter ،G. ، Plapp ،J.&Denshire ،E:"Family environment in attention deficit hyperactivity، oppositional defiant andconduct disorders"، Australian and New Zealand Journal of Psychiatry ،34(3) (2000) ،p، 453-457.

(6) Shaffer، D.; Fisher، P.; Lucas، C. P.; Dulcan، M. K.&Schwab-Stone، M. E. :NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description، differences from previous versions، and reliability of some common diagnoses. Journal ofAmerican Child and Adolescent Psychiatry، 39(1)، (2000). p 28-39.

(7) Burt ، A. ، Krueger ، R ، Mcgue ، M . &Lacono ، w : "Sources of covariationamongAttention - Deficit HyperactivityDisorder ، and conduct disorder the importance of shared environment ، journal of

Abnormal by psychology ، 110 (4) . (2001) ، p. 516 – 525.

(8) Green ، R . Biederman ، J . ، Zerwas ، S. ، Monuteaux ، M ، Goring ، J.&Faraoe ، S.:"psychiatric comorbidity family disfunction and social impairment inreferred youth with ODD" Journal of American psychiatry ، 159 ،(2002) ،p 1214-1224.

(9) Webster-stratton ، C.; Reid ، J.& Hammaond ، M.. Treating children with early onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. Journal Of Consulting and Clinical Psychology ، (2003) ،65 (1) ، 93-109.

(10) Waschbusch ، D. A: Sparkes ، S. J.& Northern Partners in Action for Child and Youth Services : Rating Scale Assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD): Is there a Normal Distribution and Does it Matter?. Journal of Psychoeducational Assessment ، 21(3) ، . (2003) ،p 261-281.

(11) Drabick ، D. A.; Gadow ، K. D.; Loney ، J:. Source-Specific Oppositional Defiant Disorder: Comorbidity and Risk Factors inReferred Elementary Schoolboys. Journal of the American Academy of Child and Adolescent ، . (2007)Psychiatry ، 46 (1)p ، 92-101.

(12) Delaunary . D. purper – ouakil & mouren ، M :" Oppositional Defiant Disorder and family tyranny : Towards individuation of clinical sub types " ،Annales Médico psychologiques revue psychiatique ، . (2005) ،p 514 ، 1-8.

(13) Dick ، D. ، Viken R. ، Kaprio ، J . ، Pulkkinen ، 1 . & Rose ، R:"understanding the covartion among childhood externalizing symptoms : genetic and environmental influences on conduct disorder ، Attention Deficit Hyperactivity Disorder ، and

Oppositional Defiant Disorder symptoms : ، journal of abnormal child psychology ، 33 (2) . (2005) ،p 219.

(14) Rowe ، R.; Maughan ، B.; Costello ، E.& Angold ، A: Defining oppositional defiant disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry ، 46(12) . (2005).p ، 1309-1316.

(15) Waschbusch ، D. A.& Willoughby ، M. T:. Parent and Teacher Ratings on the IOWA Conners ، . (2005)Rating Scale. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment ، 30 (3) ، 180-p192.

(16) Hommersen ، P.; Murray ، C.&Ohan ، J. L: Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence ofReliability and Validity. Journal of Emotional and Behavioral Disorders ، 14 (2) ، . (2006) ،p118-125.

(17) Drabick ، D. A.; Gadow ، K. D.; Loney ، J.:. Source-Specific Oppositional Defiant Disorder: Comorbidity and Risk Factors inReferred Elementary Schoolboys. Journal of the American Academy of Child and Adolescent ، (2007) ،p101.Psychiatry ، 46 (1) ، 92-101.

(18) Matheow ، K . Vaillan count ، T. ، Boyle ، M. ، &szatmari ، P : "comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder "European Journal of child Adolescent Psychiatry . 16 ، . (2007).484 – 494.

(19) Munkvold ، L.; Lundervold ، A.; Lie ، S. A.& Manger ، T. :Should there be separate parent and teacherbased categories of ODD? Evidence from a general population. Journal of Child Psychology and Psychiatry ، 50 (10) ، (2009). ،p1264–1272.

(20) Boots &Wareham ،J : An Exploration Of DSM – Oriented Scales in The Prediction of Criminal Offending Among Urban

American Youth . Criminal justice and Behavior ،(2209) ،36 (8) ،P 840-860

(21) O'Laughlin ، E. M. ; Hackenberg ، J. L. & Riccardi ، M. M. : Clinical Usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). Journal of Emotional and Behavioral Disorders ، 18 (4) . (2010) ،p 247-255.

(22) Pardini ، D. A.; Frick ، P. J.& Moffitt ، T. E.:. Building an evidence base for DSM–5 conceptualizations of oppositional defiantdisorder and conduct disorder: Introduction to the special section. Journal of Abnormal Psychology ،(2010) ،p688.119 (4) ، 683-688.

(23) Servera ، M.; Lorenzo-Seva ، U.; Cardo ، E.; Rodríguez-Fornells ، A.& Burns ، G. L Understanding trait and sources effects in attention deficit hyperactivitydisorder and oppositional defiant disorder rating scales: Mothers' ، fathers ،'and teachers' ratings of children from the Balearic Islands. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology ، 39 ، (2010). (1)p ، 1-11.

(24) Ghanizadeh ، A.. Overlap of ADHD and Oppositional Defiant Disorder DSM-IV Derived Criteria. Archives: Of Iranian Medicine ، 14 (3) ، (2011) ،p 179-182.

(25) Poulton ، A. S:Time to redefine the diagnosis of oppositional defiant disorder .Journal Of Paediatrics and Child Health. 47 (6) ، . (2011). ،p 332-334.

(26) Kelter ، J. & Pope ، A.: The Effect of Child Gender on Teachers' Responses to Oppositional Defiant Disorder. Child & Family Behavior Therapy ، . (2011) 33 (1) ، 49-57.

(27) Howard ، B.& Kendall ، P. Cognitive-Behavioral Family Therapy for Anxiety- Disordered Children: A Multiple-Baseline

Evaluation. Cognitive Therapy and Research، . (1996)20 (5)، 423-443.

(28) Santisteban، D.; Coatsworth، J.; Perez-Vidal، A.; Mitrani، V.; Jean-Gilles، M.&Szapocnik ، J. Brief structural/strategic family therapy with African and Hispanic high-risk youth. Journal of Community Psychology، . (1997) 25 (5)، 453–471.

(29) Steinberg، E.; Sayger، T.&Szykula، S. The Effects of Strategic and Behavioral Family Therapies on Child Behavior and Depression. Contemporary Family Therapy، . (1997) 19 (4)، 537-551.

(30) Hoff ،K.&Dupaul ،G: "Reducing disruptivebehavior in general education classrooms: the use of sell-management strategies"، School Psychology Review، 27(2).(1998) ،p290-303 .

(31) Bastien ، E : "A critical review of literature on the treatment of oppositional defiant disorder."ph. Dcollege of arts and sciences ، united states international university. . ، (2000) ،p67.

(32) Loeber، R.; Burke، J.; Lahey، B.; Winters، A. &Zera، M..: Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A review of the past 10 years، Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry، (2000)39 (12)، 1468-1484.

(33) Bastien ، E : "A critical review of literature on the treatment of oppositional defiant disorder ."ph. Dcollege of arts and sciences ، united states international university. . ، (2000) ،p67.

(34) Din . & marilyn ، M: " Change the ODD with Barkly program" ، the Annual conference of the eastern education research . Hitton head island ، Feb. (2001). 14-17.

(35) Din، F. & Martino، M: Change the Oppositional-Defiant Behavior With the Barkley Program. Paper presented at the

annual Conference of the Eastern Educational Research Association، (24th)، Island، SC. (2001).

(36) Greene، R.; Biederman، J.; Zerwas، S.; Monuteaux، M.; Goring، J.; Faraone، S Psychiatric comorbidity، family dysfunction، and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. The American Journal of Psychiatry، . (2002)159 (7)، 1214–1224.

(37) Hipwell، A، Loeber، R.، Stouthamer-Loeber، M.، Keenan، K.، White، H. ، &Kroneman، L: Characteristics of girls with early onset disruptive and antisocial behaviour. Criminal Behaviour and Mental Health، . (2002).12 (1)، 99–118.

(38) Harada، Y.، Yamazaki، T.، &Saitoh، K.. Psychosocial problems in attention-deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. Psychiatry and Clinical Neurosciences، (2002)56 (4)، 365–369.

(39) Northey J.; William F.; Wells، K.; Silverman، W.& Bailey، C: Childhood behavioral and emotional disorders. Everett. Journal of Marital&Family Therapy، . (2003). 29 (4)، 523-545.

(40) Cononley، C. W.; Graham، J. M.; Neu، T.; Opry، A.; Cardin، S. A.; Brossart، D. F.& Parker، R. I: Solution-focused family therapy with three aggressive and oppositional-action children: An N=1 Empirical Study. Family Process، 42 (3) . (2003)، p 361-374.

(٤١) إميل إسحاق عبد السيد: فاعلية برنامج إرشادي لتحسين بعض مهارات الوالدية في خفض المشكلات السلوكية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٣، ص ٣٤.

(42) Reid، J. ،Webster-Stratton ،C.&Hammond ،M:" Follow-up of children who received the incredible years intervention for

oppositional defiant disorder maintenance and prediction of 2-year outcome" Behavior Therapy ، 34.(2003) ،p ، 471-491.

(43) Thyer ، B. A.&Sprague ، J. S: Handbook of empirical social work practice. Hoboken ، New Jersey: Wiley. . (1998) ،p 65.

(44) Burt ، S.; Krueger ، R.; McGue ، M.&Iacono ، W..: Parent-Child Conflict and the Comorbidity among Childhood Externalizing Disorders. Archives of General Psychiatry ، (2003) 60 (5) ، 505-513.

(45) Serra-Pinheiro ، M.; Schmitz ، M.; Mattos ، P.& Souza ، I. Oppositional defiant disorder: a review of neurobiological and environmental correlates ، comorbidities ، treatment and prognosis. Revista Brasileira de Psiquiatria ، . (2004) 26(4) ، 272-275.

(46) costin ، J. ، Lichte ، C. ، Hill smith ، A ، Vance ، A. & luk ، E: "parent group treatments for children with Oppositional Defiant Disorder " Adustradian journal for the advancement of mental health ، 3 (1) . (2004) ، p1446 – 1489.

(47) Greene ، R. W.; Ablon ، J. S.; Goring ، J. C.; Raezer-Blakely ، L.; Markey ، J.; Monuteaux ، M. C.; Henin ، A.; Edwards ، G.& Rabbitt ، S.. Effectiveness of Collaborative Problem Solving in Affectively Dysregulated Children With Oppositional-Defiant Disorder: Initial Findings. Journal of Consulting and Clinical Psychology ، 72 (6) ،(2004)) ،p 1157-1164.

(48) Ronen ،T : " Imparting self-control skills to decrease aggressive behavior in a 12-year-old boy: a case study" ، Journal of Social Work ،" 4(3) .(2004) ،p 269-288.

(49) Webster-Stratton ،C. ، Reid ،M. & Hammond ،M: "Treating children with early-onset conduct problems : intervention

outcomes for Parent ،child، and teacher training" ،Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology، 33(1. (2004) ،p105-124 .

(50) Joyce، D.& Oakland، T..: Temperament Differences Among Children with Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder. The California School Psychologist، (2005)10، 125-136.

(51) Zutell ،S': "Classroom strategies for use with students with oppositional defiant disorder" ،M.D، The College of William and Mary ،Williamsburg . .(2005) ،p42.

(52) Ronen، T:. Students' Evidence-Based Practice Intervention for Children With Oppositional Defiant Disorder. Research on Social Work Practice، 15 (3) .(2005).p 165-179.

(53) Kiliç، B.& Şener، Ş.: Family Functioning and Psychosocial Characteristics in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbid Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. Turkish Journal of Psychiatry، (2005). 16 (1)، 1-7.

(54) Zhen، W. & Xue-Rong، L :A Primary Study of Family Environment Characters and Parental Rearing Patternsin the Middle School Students with Oppositional Defiant Disorder. Chinese Journal of Clinical Psychology، . (2006).14 (2)، 175-177.

(55) Bambery، M.& Porcerelli، J. H.:. Psychodynamic Therapy for Oppositional Defiant Disorder: Changes in Personality، Object Relations، and Adaptive Function after Six Months of Treatment. Journal of the American Psychoanalytic Association، 54 (4)، (2006) ،p 1334-1339.

(56) Rigau-Ratera E; García-Nonell C& Artigas-Pallarés J. The treatment of oppositional defiant disorder. Revista De Neurologia ، 13 (42) . (2006) ، p 583-588.

(57) Gustis ، C. " Behavioral interventions and parent training within the cassp system " the effectiveness of using direct commands to manage ADHD/ODD in the home environment Ph.D. ، Capella university. ، (2006).p43.

(58) Kazdin ،A. ، Whitley ،M. & Marciano ،P :"Child therapist and parent therapistalliance and therapeutic change in the treatment of children referred foroppositional ، aggressive ، and antisocial behavior" ، Journal of Child Psychologyand Psychiatry ، 47(5) ، .(2006) ،p 436-445 .

(59) Palermo ،M. ، Luigi ،M. ، Forno ،G. ، Dominici ،C. ، Vicomandi ،D . ،Sambucioni ، A.&Proietti ،L. ،:" Externalizing and oppositional behaviors and karate-do: the way of crime prevention " ، International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology ،50 (6). (2006) ،p 654-660 .

(60) Derks ، E.; Dolan ، C.; Hudziak ، J.; Neale ، M.&Boomsma ، D: Assessment and Etiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder in Boys and Girls. Behavior Genetics ، .(2007)37 (4) ، 559-566.

(61) Emond ، A.; Ormel ، J.; Veenstra ، R.&Oldehinkel ، A..: Preschool Behavioral and Social-Cognitive Problems as Predictors of (Pre) adolescent Disruptive Behavior. Child Psychiatry and Human Development ، (2007)38 (3) ، 221-236.

(62) Costin ، J.& Chambers ، S. M: . Parent Management Training as a Treatment for Children with Oppositional Defiant Disorder Referred to a Mental Health Clinic .Clinical Child Psychology and Psychiatry ، 12(4)(2007) ،p 511-524.

(63) Boylan، K.; Vaillancourt، T.; Boyle، M.&Szatmari، P. Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder. European Child & Adolescent Psychiatry، (2007). 16 (8) ، 484-494.

(64) Brinkmeyer، M: Conduct disorder in young children: A comparison of clinical presentation and treatment outcome in preschoolers with conduct disorder versus oppositional defiant disorder. Published Doctoral Dissertation. Gainesville، FL: University of Florida. . (2006).

(65) Grove، A. B.; Evans، S. W.; Pastor، D. A.& Mack، S. D. :A meta-analytic examination of follow-up studies of programs designed to prevent the primary symptoms of oppositional defiant and conduct disorders. Aggression and Violent Behavior، 13، (3) (2008). ،p 169-184.

(66) Kotarsky، D.: Family communication in adolescents diagnosed with comorbid attention deficithyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. Published Doctoral Dissertation، (2008)College of social and behavioral sciences، Walden University.

(67) Lavigne J.; Lebailly S.; Gouze K.; Cicchetti، C.; Pochyly، J.; Arend، R.; Jessup، B.&Binns، H. : Treating oppositional defiant disorder in primary care: a comparison of three models. Journal of Pediatric Psychology، (2008). 33 (5) ، 449-461.

(٦٨) فايزه أبو الحجاج : فاعلية برنامج تدريبي للأنشطة التكاملية في خفض حدة العناد لدى طفل الروضة. رسالة دكتوراه، كلية التربية بقنا، جامعة جنوبالوادي، (٢٠٠٩).

(69) Fossum، S.; Mørch، W-T.; Handegård، B.، H.; Drugli، M.، B.& Bo Larsson Parent training for young Norwegian children

with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. Scandinavian Journal of Psychology ، 50 (2) (2009). ،p 173-181.

(70) Hamama ،L. & Ronen ،T : " Children'sdrawings as a self-report measurement " ، Child and Family Social Work ، 14 ، (2009) ،p 90-. 102.

(71) Kheirie ، M.; Shaeiri ، M. R.; Azad . Fallah ، .P.& Rasulzade Tabatabaei ، K: Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. Journal of Behavioral Sciences ، 3(1) . (2009). ،p 53-58.

(72) Loeber ، R.; Hipwell ، A.; Battista ، D.; Sembower ، M.; Stouthamer-Loeber ، M.. Intergenerational Transmission of Multiple Problem Behaviors: Prospective Relationships between Mothers and Daughters. Journal of Abnormal Child Psychology ، 37 (8). (2009) ، p1035–1048.

(٧٣) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية ، جامعة قنا ، ص ص٢٣٥:٢٣٦.

(74) Lahey ، B.; Van Hulle ، C.; Rathouz ، P.; Lee Rodgers ، J.; D'Onofrio ، B.& Waldman ، F: Are Oppositional-Defiant and Hyperactive–Inattentive Symptoms Developmental Precursors to Conduct Problems in Late Childhood?: Genetic and Environmental Links. Journal of Abnormal Child Psychology ، (2009) 37 (1) ، 45–58.

(75) Drugli ، M. B.; Larsson ، B.; Fossum ، S. & Mørch ، W. T Five- to six-year outcome(and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. Journal of Child Psychology and Psychiatry ، 51(5) . (2010). ،p 559-566.

(76) Smith، J. D.; Handler، L. & Nash، M. R: Therapeutic Assessment for Preadolescent Boys with Oppositional Defiant Disorder: A Replicated Single-Case Time-Series Design. Psychological Assessment، 22 (3)، . (2010). ، p 593-602.

(77)Ferro، R.; Vives، C.&Ascanio، L. (2010) Implementation of parent-child interaction therapyin a case of oppositional defiant disorder. PsicologíaClínica، 15(3)، 205-214.

(78) Da Fonseca، D.; Cury، F; Santos، A.; Sarrazin، P.; Poinso، F.&Deruelle، C : How to increase academic performance in children with oppositional defiant disorder? An implicit theory effect. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry، . (2010).41 (3)، 234-237.

(79) Lanza، H.& Drabick، D. : Family Routine Moderates the Relation Between Child Impulsivity and Oppositional Defiant Disorder Symptoms. Journal of Abnormal Child Psychology، (2011).39 (1)، 83–94.

(80) Kim، H.; Cho، S.; Kim، B.; Kim، J.; Shin، M.& Yeo، J.: Does oppositional defiant disorder have temperament and psychopathological profiles independent of attention deficit hyperactivity disorder?. Comprehensive Psychiatry، . (2010)51 (4)، 412–418.

(81) Diamantopoulou، S.; Verhulst، F.& van der Ende، J Testing Developmental Pathways to Antisocial Personality Problems. Journal Abnormal Child Psychology، . (2010). 38 (1)، 91-103.

(82) Drabick، D.; Bubier، J.; Chen، D.; Price، J.& Lanza، H: Source-Specific Oppositional Defiant Disorder among Inner-City Children: Prospective Prediction and Moderation. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology، . (2011). 40 (1)، 23-35.

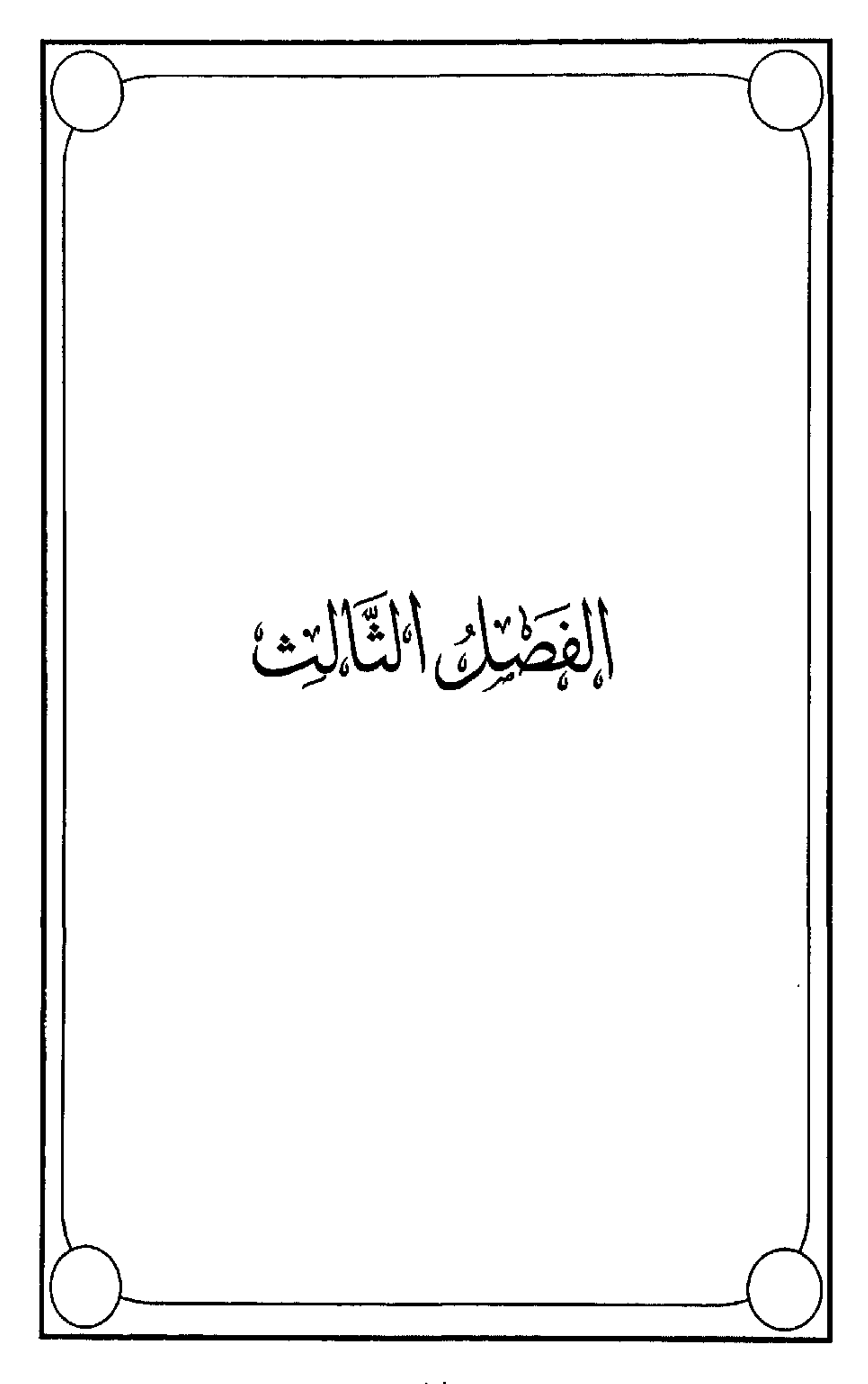
(83) Munkvold ، L.; Lundervold ، A.& Manger ، T.: Oppositional Defiant Disorder-Gender Differences in Co-Occurring Symptoms of Mental Health Problems in a General Population of Children. Journal of Abnormal Child Psychology ، (2011)39 (4) ، 577-587.

(٨٤) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص أ.

(٨٥) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية ، جامعة قنا ، ص ص٥١:٥٢.

(86) http://apps.webofknowledge.com

(٨٧) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ص ٧٨:٨٣.



الفصل الثالث



أولا : علاج اضطراب العناد المتحدي

يعد اضطراب العناد المتحدي من الاضطرابات صعبة العلاج لذا استخدمت العديد من استراتيجيات العلاج لخفض هذا الاضطراب، فالعلاج السلوكي المعرفي يستخدم مع الطفل لتعليمه طرق جديدة لحل المشكلات من خلال النمذجة ولعب الادوار. كما يمكن تحسين الاداء الاسرى من خلال تدريب الوالدين على الادارة حيث يساعد ذلك الاباء على فهم أفضل للاضطراب وتعليمهم طرق جديدة للتعامل مع اطفالهم[1]، ويوجد ايضاً العلاج متعدد الانظمة وغيرها من طرق العلاج ...

ويوضح الجدول التالي أكثر أنواع العلاج فعالية في علاج اضطراب العناد المتحدى و الذي اوضحته العديد من الدراسات The National Alliance on Mental Illness (NAMI);[2] وقد أشار الاتحاد العالمي للأمراض النفسية في جدول (٦) إلي أكثر الطرق فعالية في علاج اضطراب العناد المتحدي واضطراب المسلك.

اولا :المدخل السلوكي المعرفي لعلاج اضطراب العناد المتحدي

(CBT):Cognitive Behavior Therapy

إن الافتراض الرئيسي في العلاج المعرفي السلوكي يتمثل في ان السلوك المشكل والمعرفة مُتعلمينِ ويتم استمرارهم من خلال تكرار أنماط التفاعل لأنواع السلوك المتعلمة. ويمكن أن تتضمن أنواع التفاعل التقليد، الاشتراط الكلاسيكي، الاشتراط الإجرائي، أو اتحاد بعض منهم. فالمعالج المعرفي السلوكي يساعد العميل علي تعطيل أنماط التفاعل التى تحافظ علي استمرار المشكلة من خلال تدريبه علي المهارات التى تطلب التشكيل والتعزيز للسلوك غير المشكل وتحدي المعارف السلبية لديهم، فعلي سبيل المثال، في التدريب السلوكي للوالدين، فان الوالدين يتعلمون تعزيز السلوك الاجتماعي المرغوب بإيجابيه وانطفاء السلوك المضاد للمجتمع[3].

جدول (٦)

علاج اضطراب العناد المتحدى للأطفال والمراهقين

العلاج القائم علي التدخل النفسي	
المرحلة العمرية	التدخل النفسي
٣-١٥	التدريب الوالدي
٩-١٥	علاج مواجهة الغضب
٦-١٧	العلاج الأسرى الاستراتيجي المختصر
١٣-١٦	العلاج الأسرى الوظيفي
٩-١٨	Treatment Foster Care
١٢-١٧	العلاج متعدد المداخل (الانظمة)
١٢-١٧	الملاحظة
٥-١٨	العلاج المعرفي السلوكي
٢-٦	العلاج التفاعلي بين الوالدين والأبناء
٦-١٣	التدريب علي حل المشكلات

وتنبع الفنيات السلوكية من التوجه النظري السلوكي في علم النفس، وهو توجه يري أن السلوك منهج للتعلم وحسب فرض التدعيم فالسلوك الذي يجد تدعيماً يثبت ويقوي. ويذهب هذا الاتجاه إلي أن الفرد يسلك في الأسرة علي النحو الذي يتعلم به السباحة أو قيادة السيارة[٤].

فالجهود الأساسية لعمليات تغيير السلوك قائمة علي تطبيقات نظرية التعلم والمبادئ التجريبية المستندة علي تغيير السلوك غير المرغوب للعميل. وبما ان أفراد الأسرة يعتبرون جزءاً أساسياً في بيئة العميل، حيث يتجه إلى محاولة البحث عن طرق إطفاء مشكلة العميل أو السلوك غير المرغوب، فالمعالج يلاحظ الطريقة التى يثير بها أفراد العائلة أو يحفزوا بها سلوك العميل ويفترض أن تعديل

سلوك العميل المنحرف يحتاج تغيير سلوك أفراد الأسرة الرئيسيين، فالتدخل العلاجي يتوجه مباشرة نحو الأسرة كباقي العوامل الأخرى[٥].

وهناك العديد من طرق واستراتيجيات(فنيات) العلاج السلوكي المعرفي الفعالة في خفض اضطراب العناد المتحدي منها العلاج بأدارة الغضب، التدريب علي المهارات الاجتماعية، وعلاج التفاعل بين الوالد والطفل ... الخ.

فنيات علاج المدخل السلوكي المعرفي:

١ـ العلاج بإدارة الغضب :Anger Management Therapy

يمثل الغضب مشكلة كبيرة لدي الأطفال، حيث يؤثر الغضب وما يرتبط به من عدوان بشكل مباشر في مجتمعنا من خلال انعكاسه في عدد من الحقائق، حيث أن نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدى واضطراب المسلك من ٢: ١٦٪، أو ما يقرب من ١.٤- ٤.٢ مليون من الأطفال في الولايات المتحدة، ويخدم الغضب كعامل أساسي في ذلك[٦]. وتظهر العلاقة الواضحة بين الغضب واضطراب العناد المتحدي من خلال الشكل (١٠) الذي يظهر أن العناد يقع في المستويات الثلاث الأول، حيث يظهر أن:

المستوي الأول: الأطفال غير الصبورين، والمزعجين:

يمثل المستوي الأول الأطفال الذين يبكون، ويشتكون، ويصبحون في حالة من الغضب، حيث ينتج ذلك من قول الوالدين لأطفالهم كلمة "لا" أثناء قيامهم بسلوك ما، او تحدي رغباتهم. حيث يرفعون أصواتهم، يحبسون أنفاسهم، ويصبح لون وجههم احمر. وذلك الشكل من الغضب "مسيطر" عليه، ويمكن أن يتحول ذلك الشكل من الغضب إلي أنفسهم ويقولون، "أنا اكره نفسي، إنا دائما مخطئ، أنا غبي".

المستوي الثاني: الأطفال العناديين:

يمثل ذلك المستوي الأطفال والمراهقين العنيدين الذين يرفضون إتباع التوجيهات أو الاستجابة للطلبات. أنهم يصبحون في حالة من الغضب

ويظهرون العدوان اللفظي المتمثل في السب، النداء بأسماء أخري، القذف الإهانات وهكذا.

المستوي الثالث: تهديدات الطفل وبداية الضرر:

في تلك المرحلة يصبح الأطفال أكثر غضباً، ويتضمن عدوانهم اللفظي التهديد لإيذاء أو القتل للوالدين أو الأقران أو الحيوانات. ولكن يلاحظ هنا أن المستوي الثالث لا يمكن أن يؤذوا أي إنسان أو كائن حي. وهؤلاء الأطفال في سن العاشرة يمكن أن يركلوا الأشياء ويسببون ضرر للحوائط(٧).

المستوي الرابع: الطفل المضر للأشياء:

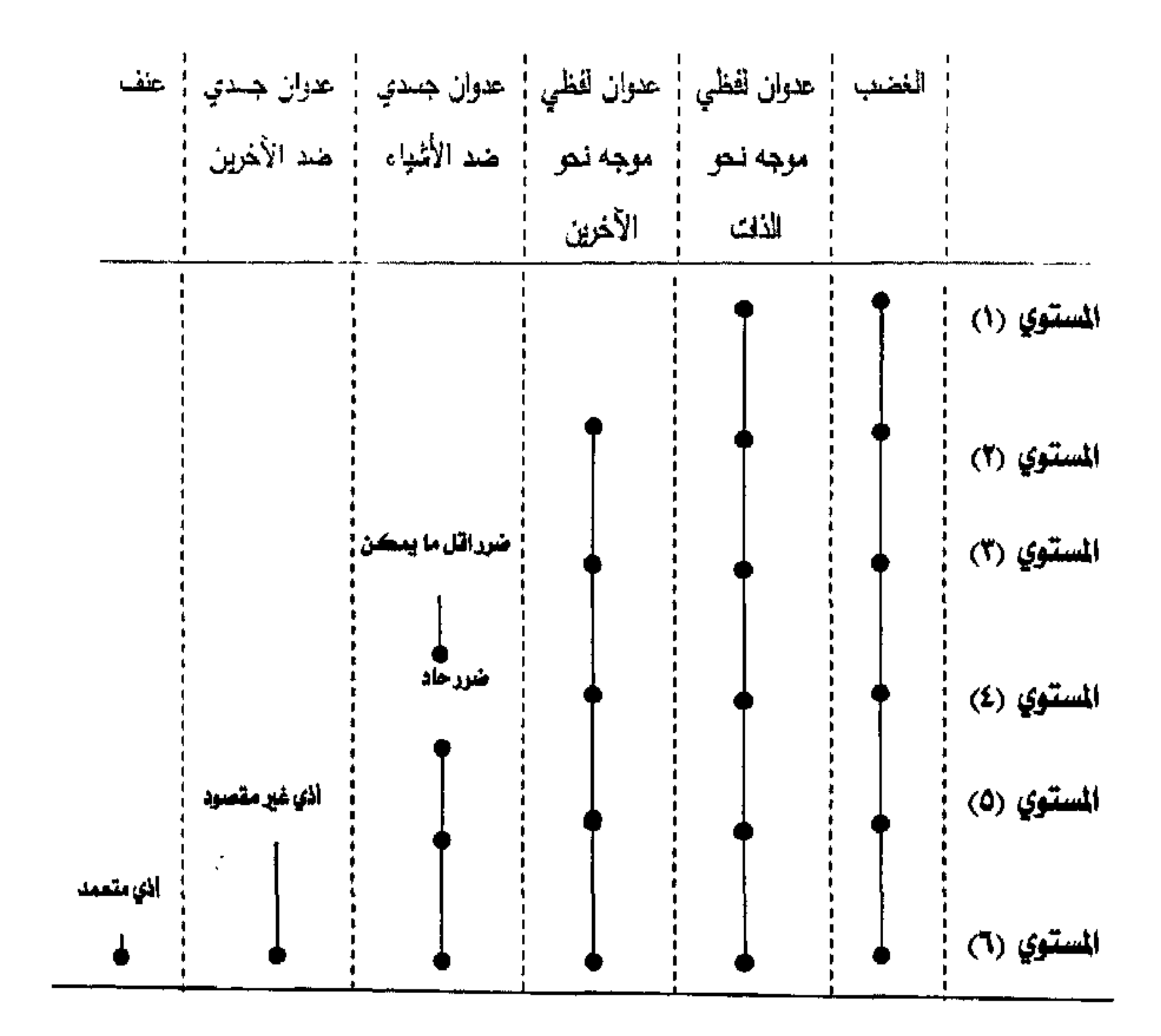
ويمثل ذلك المستوي الطفل الذي يوجه غضبه نحو كل الأشياء الجامدة، فيقوم إما بإتلافها أو تدميرها. ويصبح هؤلاء الأطفال أكثر غضباً ويظهرون سلوكاً او عدواناً مثل الحفر في الحائط، رمي الأشياء من النافذة، وتدمير الأشياء القيمة بتعمد. ومن الممكن أن يقوم هؤلاء الأطفال بتهديد حقيقي لأفراد الأسرة مثل ضربهم بالأشياء أو الأسلحة مثل مضرب البيسبول، المطرقة، أو السكين. واهم شيء مميز لهذا المستوي حقيقة أنهم لا يقومون بأي اعتداء أو إيذاء جسدي للآخرين.

المستوي الخامس: الطفل المعتدي:

في ذلك المستوي يظهر الأطفال مستوي اعلي من الغضب اللفظي والعدوان الجسدي ضد الأشياء الجامدة والأشخاص الآخرين حيث يسبب ذلك لهم أذي جسدي. فيتضمن العدوان الجسدي الضرب والدفع ورمي الأشياء علي الآخرين (مضرب البيسبول، الأقلام، الأكواب البلاستيكية،). ويكون الأذى الجسدي ثانوي ويحدث بشكل غير مقصود.

المستوي السادس: الطفل العدواني:

في ذلك المستوي قد يظهر الأطفال أو المراهقين مستوي من العدوان بحيث يصبحون خطراً علي الآخرين ويسبب ضرر خطير علي الآخرين. أيضاً يقومون برمي الأشياء بتعمد علي الآخرين أو يقومون بمهاجمتهم وذلك بقصد أحداث الضرر لهم.

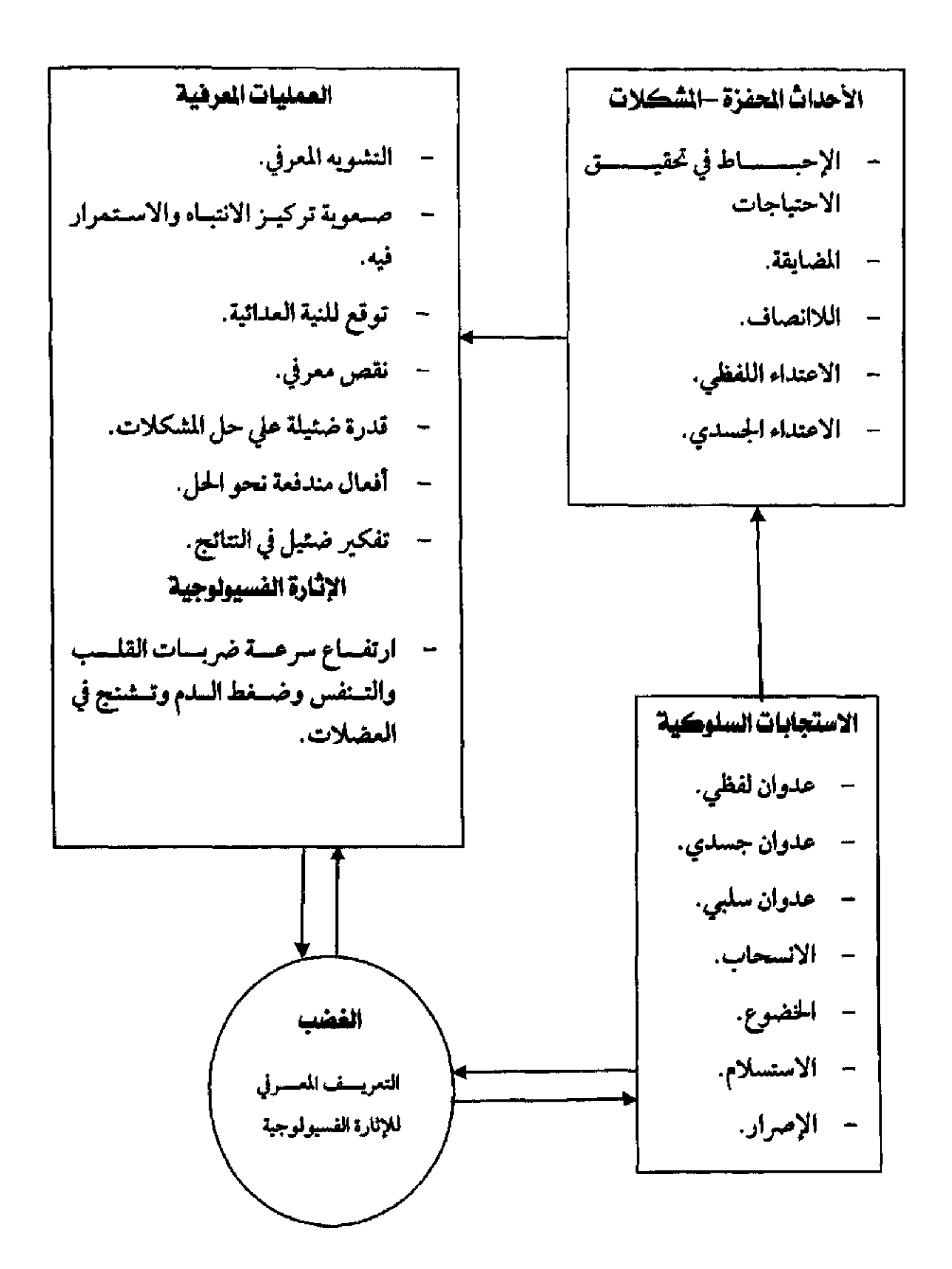


شكل (١٠)

العلاقة بين الغضب واضطراب العناد المتحدى

ويتضمن العلاج بعض الفنيات مثل المهارات الاجتماعية، نماذج المواجهة، لعب الأدوار، الواجب المنزلي، الاشتراط الإجرائي.

ويظهر الشكل (١١) النموذج المعرفي السلوكي للغضب والعدوان الذي يوضح الأحداث المحفزة ، المشكلات، العمليات المعرفية، الاستجابات السلوكية، الغضب(٨).



شكل (١١) النموذج المعرفي السلوكي للغضب والعدوان

٢ـ التدريب علي المهارات الاجتماعية : Social Skills Training(SST)

يحتاج كل شخص منا إلى المهارات الاجتماعية، فالمهارات الاجتماعية تمكن كل الأشخاص من التواصل، التعلم، طلب المساعدة، تحقيق احتياجاتهم بطريقة تلائم المجتمع، يحقق الانسجام مع الآخرين، عمل صداقات وتطوير علاقات ايجابية، حماية أنفسهم، وبصفة عامة يكون قادراً علي التفاعل مع أي شخص وكل شخص يقابله في رحلة الحياة(٩).

فالأفراد الذين لديهم مهارات اجتماعية منخفضة يجدون صعوبة في فهم وتفسير سلوك ومقاصد الآخرين على نحو قد يستدعي ردود أفعال دفاعية قد تؤثر سلباً على العلاقة معهم، كان من الممكن تجنبها في حالة الفهم الدقيق لسلوكهم. ومن هذا المنطلق فقد أصبح من المتفق عليه أن المهارات الاجتماعية من المحددات الرئيسية لنجاح الفرد أو فشله في المواقف المتنوعة، فهي التي تمكنه في حالة ارتفاعها من أداء الاستجابة المناسبة لموقف بفاعلية وفي المقابل فإن ضعفها يعد أكثر العوائق في سبيل توافق الفرد مع الآخرين(١٠).

وتشير لجنة التعريب والترجمة إلي انه خلال السنوات القليلة الماضية قد تزايد التأكيد علي أهمية التدريب علي المهارات الاجتماعية، ويستند هذا الاتجاه إلي الاعتراف بأن المهارات الاجتماعية قد تحتل أهمية المهارات الأكاديمية نفسها في تحقيق النجاح سواء في المدرسة أو غيرها من المواقف البيئية المختلفة(١١). ويبدو أن بعض الأطفال يفتقرون إلي المهارات المناسبة التى تجعل الآخرين يتقبلونهم تقبلاً ايجابياً، وبالتالي تعين تحديد هذه المهارات بدقة وتعليمها لهم. فكما أوضح أن المهارات الاجتماعية قائمة في الأساس علي مبادئ التعلم، فهي تعمل علي تعليم الفرد سلوك جديد أو تعديل سلوك موجود من قبل. فالسلوك المتعلم يهدف التعزيز الايجابي للسلوك المقبول اجتماعياً في حين يعمل علي تخفيف السلوك غير المقبول اجتماعياً(١٢).

وبالنظر إلى اضطراب العناد المتحدى، نجد أن أطفال هذا الاضطراب لديهم نقص في بعض المهارات الاجتماعية، وتشتمل بعض تلك المهارات علي عدم احترام الكبار، الاتجاه العدائي نحو أقرانهم(١٣). فالتوجه نحو استخدام

المهارات الاجتماعية مع الاضطراب الفوضوي (الذي يشتمل على اضطراب العناد المتحدى) يهدف إلى التقليل من العدوان والسلوك العدائي، تقليل التعدي علي الآخرين، زيادة السلوك الاجتماعي المقبول، زيادة مهارات تكوين الصداقات وغيرها من المهارات[١٤].

وهي طريقة فعالة لأنها تستخدم استراتيجيات ترقى بسلوك الطفل واستقلاله كما انها تبنى روابط ايجابية قوية بين المدرسة والاسرة بالإضافة الى تحسين مهارات الادارة الاسرية من خلال أنظمة الرقابة والاشراف الفعالة وتطوير الاداء الاجتماعي والاكاديمي للطفل.

ولما كانت أسباب اضطراب العناد المتحدي متنوعة ما بين الخصائص الفردية للطفل والعوامل الاجتماعية المحيطة به من الاسرة والمدرسة والاقران لذا فالقصور في علاجه قد ينجم عن الاخفاق في التعامل مع العوامل والانظمة المتعددة المحيطة بهذا السلوك.

ومن هنا يمكن استخدام التدريب علي المهارات الاجتماعية لتدريب أطفال اضطراب العناد المتحدى علي بعض المهارات التي تنقصهم، حيث يظهر النقص في تلك المهارات لدي أطفال اضطراب العناد المتحدى بشكل واضح في تفاعلهم الاجتماعي مع المحيطين بهم، مما يترتب عليه تصلب الرأي لدي هؤلاء الأطفال، وترسيخ الاضطراب لديهم.

و بالتالي يمكن تدريب أفراد الأسرة علي مهارة الإقناع، حيث خلصت العديد من الدراسات إلى نقص تلك المهارة لدي والدي أطفال اضطراب العناد المتحدى[١٥].

وقد عرفت عازة عبد السلامعملية الإقناع علي أنها محاولة واعيةمن قبل المرسل لتعديل أفكار وسلوك المستقبل، وذلك عن طريق تطوي عدوا فعال أفراد نحوأهداف معينة[١٦]. وقد أوضح فلاح العنزي أن عملية الإقناع تتأثر بالخصائص التالية:

أ. خصائص المصدر وتتمثل في:

١- مصداقية المصدر.

٢- جاذبية المصدر

ب. خصائص الرسالة وتتمثل في:

١- خصائص الحجة في الاتصال الإقناعي.

أ- درجة اختلاف حجة الرسالة عن اتجاه التلقي.

ب- تقديم حجج تدعم الاتجاه المرغوب أو تقديم حجج مضادة للاتجاه غير المرغوب.

ت- الحجة الضعيفة والحجة الصريحة.

٢- استثارة الرسالة للانفعالات:

أ- إثارة الرسالة لمشاعر الخوف عند المتلقي.

ب- إذا جمعت الرسالة بين إثارة الخوف والمعلومات فان العلاقة بين الخوف والتأثير تصبح علاقة طردية.

٣- التناسب بين محتوي الرسالة العاطفي والذهني واتجاه المتلقي.

ج. خصائص المستقبل وحالاته النفسية أثناء التعرض للاتصال الإقناعي:

١- الحالة العاطفية- المزاجية، والدافعية عند المتلقي.

أ- المزاج وتأثير الاتصال الإقناعي.

ب- الدافعية.

٢- سمات الشخصية للمتلقين والاستجابة للاتصال الإقناعي:

أ- رصد الذات وقابلية الإقناع.

ب- الحاجة للذهن وقابلية الإقناع.

٣- العمر والجنس والقابلية للإقناع:

أ- العمر وقابلية الإقناع.

ب- جنس المتلقي وقابلية الإقناع.

٤- خصائص طريقة الاتصال الإقناعي (المحيط):

أ- اثر المعلومات الأولية أكثر من الآخرية إذا تساوت كل الظروف علي الإقناع.

ب- الرسائل الإقناعية المسموعة والمقروءة والمرئية جميعهم ذات فعالية(١٧).

وتتضمن عملية الإقناع كما أوضحت عزة عبد السلام خمسة عناصرهي كالتالي:

١ـ التخطيط:

ويعنى تخطيط الفرد وإعداده للموضوع الذى سيتم التحدث فيه قبل إجراء المحادثة؛ ويشمل هذا التدريب على موضوع المحادثة، وتوقع استجابات الطرف الآخر، ومراقبة مايقال أثناء عملية التحاور، والتفكير فيما سيقال فى الجزء الثاني من المحادثة.

٢ـ الحضور:

وهوالوعى برد فعل الآخرين أثناء عملية التحاور وإدراك التوقيت الذى ينتهي فيه الحوار.

٣ـ الاهتمام بالفرد والموقف:

ويعنى ملاحظة سلوك الآخرين واهتماماتهم والمتغيرات الموقفية التى تؤثر على طريقة الفرد فى التحاور مع الآخرين.

٤ـ ردالفعل:

وهو أن يفكر الفرد فى كلما قيل فى المحادثة بعد إتمامها، سواء ماقاله الشخص نفسه، أو ما كان ينبغي أن يقوله، أو ماقاله الطرف الأخر.

٥ـ النتائج:

أي التفكير فى النتائج التى يمكن أن تترتب على ماقيل فى المحادثة(١٨).

وقد ذكرت سهير محمود أمين أن فاعلية مهارة الإقناع تعتمد علي بعض المحددات الأساسية، ومنها:

أولا: الطرف المستهدف بالتأثير عليه (الطفل):

يتمثل فى المعرفة الكافية والفهم الصحيح لخصائص شخصية الطرف المستهدف بالتأثير عليه.

ثانيا: خصائص الطرف المؤثر (الوالدين).

- كلما زادت القوة الوظيفية للوالد كلما زادت قدرته علي التأثير فى الطرف الأخر.
- كلما كان الطرف المؤثر محبوبا كلما زادت احتمالات تأثيره الفعال علي الطرف الأخر.
- كلما زادت خبرة ومعلومات الطرف المؤثر كلما زادت احتمالات تأثيره الفعال علي الطرف الأخر.

ثالثا: أسلوب التأثير.

يجب التدقيق فى اختيار الأسلوب المناسب للتأثير ويلاحظ انه ليس هناك أسلوب أفضل من الأخر ولكن العبرة بمندي ملائمة الأسلوب المستخدم لنوع وخصائص الطرف الأخر (الطفل) ومن هذه الأساليب :

١ـ الخطة الهجومية :

تتهدف هذه الطريقة إلي محاولة الحصول علي اكبر قدر من المكاسب مع الحد من احتمالات تقديم تنازلات للطرف الآخر، يتخذ الوالد من خلال هذه الطريقة موقف الهجوم مما يعكس إصراره فى الحصول علي أفضل المزايا. وهناك عدد من السلوكيات يقوم بها الوالد ليحقق أهدافه منها:

- الاستفادة من الدلائل لتدعيم وجهة نظره لكي يدعم ما يقول.
- العمل علي تحويل بؤرة الاهتمام أي نقاط القوة فى وجهة نظره خاصة أثناء الرد علي أسئلة الطرف الأخر.
- طرح الأسئلة التي تساعد علي كشف نقاط الضعف فى مركز الطرف الأخر.

٢ـ خطة المتشدد / الطيب:

تشتمل علي قيام الوالد بهجوم عنيف فى البداية وقد يلجأ فى الهجوم علي التهديد أو التلويح به. ثم يتبع ذلك مباشرة دور الشخص الطيب من خلال عرض شئ وسط أو معتدل أو تقديم بعض الوعود لمعالجة المشكلة التي أثارها الهجوم.

٣ـ خطة فائز / فائز:

تأكد هذه الخطة على تحقيق مصالح الطرفين بأفضل صورة من خلال العملالمشترك على تحديد وحل المشكلات، وهذا يعني أن الوالد يسعى إلي تحقيق مصالحه الخاصة من إتاحة الفرصة للطرف الآخر حتى يعرض قضيته ويحقق أهدافه أيضاً.

٤ـ الخطة الدفاعية:

أما هنا فيقوم الوالد بالدفاع عن موقفه أو عن حدوده بهدف تقليل حجم التنازلات المطلوبة أو الرغبة في الحصول علي التنازلات اكبر من جانب الطرف الآخر، وتبرر هذه الاستراتيجية عندما يغير الوالد وجهة نظره فى موضوع سبق أن وافق عليه(١٩).

٣ـ تدريب الوالدين السلوكي Behavioral Parent Training:

يعد احد أهم الاتجاهات الحديثة و التى ظهرت مؤخراً في التوجه السلوكي لعلاج الأسرة، وتحمس له العديد من المعالجين باعتباره مدخلاً جيداً ويوفر الكثير من الوقت والجهد. فهو يعتبر تطبيقاً عملياً لنموذج التعلم الاجتماعي داخل الأسرة خاصة فيما يتعلق بمعاملة الوالدين للطفل(٢٠). فتدريب الوالدين السلوكي يمثل تدخل علاجي يهدف إلي تبديل التفاعل غير سوي بين الوالدين والأطفال من خلال التدريب على استخدام فنيات سلوكية ليقللوا سلوك الأطفال المشوش Disruptive Behaviors ولزيادة السلوك الاجتماعي الملائم. فتلك الفنية يمكن أن تستخدم بشكل فردي أو جماعي، لتعديل سلوك الأطفال باستخدام فنيات اجتماعية، فتلك الفنية قائمة علي الاشتراط الإجرائي Operant

Conditioning، فالنظرية السلوكية وفقا لأي سلوك (B) يمكن أن ينمو ويتغير من خلال التركيز علي السوابق (A) واللواحق (C). بالإضافة لذلك فان في بعض برامج تدريب الوالدين السلوكي يتم من خلال التعلم بالملاحظة Observational Learning . ووفقاً لنظرية التعلم، فإن الفرد يتعلم خلال الملاحظة لشخص أخر (النمذجة) يقوم بأداء السلوك بدون قيامه بالسلوك بنفسه(٢١).

وذلك ما أوضحه Bandura، فالكثير من سلوكنا نكتسبه بواسطة التعلم بالملاحظة، الذي يعني أننا نتعلم أنماط من السلوك عن طريق ملاحظة أو مشاهدة الآخرون وتقرير ما نحاكيه من السلوك، فالتعلم الاجتماعي يشير إلي كل تعلم من المواقف الاجتماعية. ويحدث التعلم بالملاحظة من مشاهدة الأحداث، أو الأشخاص، أو المواقف(٢٢).

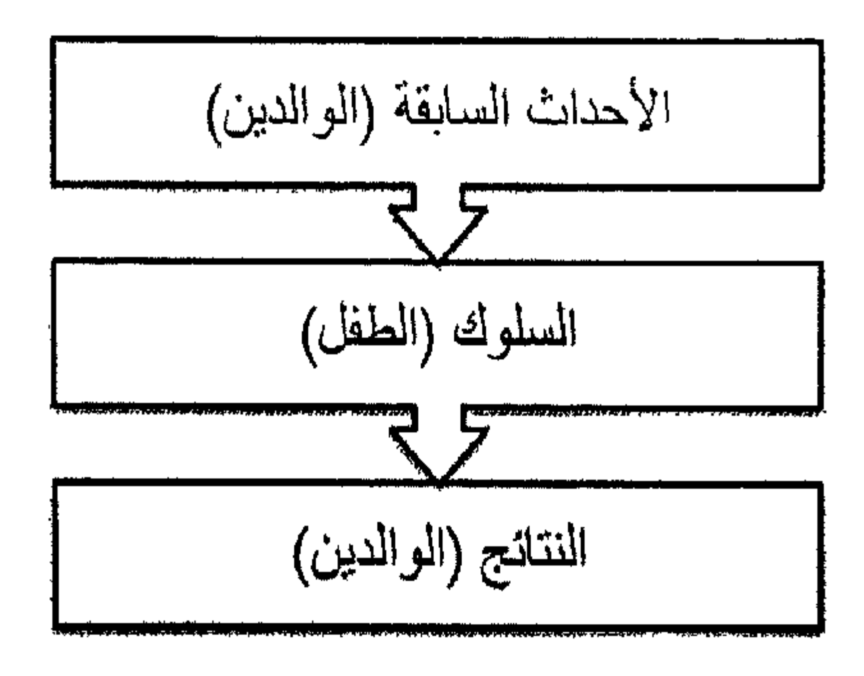
فأهمية النتائج المتنوعة (C) التى يمكن أن تتبع السلوك تبدوا أنها أكثر وضوحاً من سوابق السلوك (A). فمدح السلوك المشكل لدي الأطفال بعد حدوثه يمكن أن يزيد من حدوث ذلك السلوك في المستقبل، أما تجاهل الشكوى التى تتبع السلوك فيمكن أن تؤدي إلي احتمالية عدم التكرار(٢٣). وقد أوضح Danforth إلي انه يمكن استخدام التدريب السلوكي للوالدين في علاج اضطراب العناد المتحدى من خلال تحليل الموقف التالي :

A = يصرخ الطفل أو يتذمر أو يجادل.

B = يسمح الوالدين للطفل بان " يستمروا في طريقهم".

C = يتوقف الطفل عن الصراخ أو التذمر أو المجادلة.

في المستقبل = يسمح الوالدين للطفل بان يستمروا في طريقهم وأعمالهم ليتجنبوا الصياح أو الصراخ أو المجادلة.



شكل (١٢)

عملية تتابع السلوك واللواحق

حيث يتم تدخل الوالدين من خلال (B) بتحليل عملية الإجبار التى يقوم بها الطفل Coercion Analysis لإجبار الوالدين للاستجابة لسلوكهم[٢٤].

وقد يكون تدريب الوالدين السلوكي متضمنا لفنيات بسيطة مثل تعليم الوالدين كيف؟ ومتي؟ وتحت أي ظروف؟ يطبقون القواعد بقوة أو أن يسلكوا علي نحو متسق، وربما تتضمن فنيات معقدة نسبيا مثل استخدام إجزاء الإبطاء السلوكي مثل إيقاف التدعيم لفترة أو إجراءات التسريع باستخدام أسلوب الاقتصاد الرمزي. ومعظم برامج التدريب تتضمن تعليمات لفظية أو تحريرية غالبا ما تكون علي صورة كتب أو محاضرات أو موجهات تعليمية تعتمد علي نظرية التعلم الاجتماعي[٢٥].

وذكر Moore& Patterson أن التدريب الوالدي السلوكي يمر بالمراحل التالية:

١- ملاحظة وتحديد السلوك.

٢- استخدام التعزيز لتشجيع السلوك الاجتماعي المرغوب.

٣- استخدام فنيات العقاب المتعددة (الإقصاء عن التعزيز، فقد الامتيازات، القيام بإعمال الرتيبة الصغيرة)، التقليل من عمليات التوبيخ الشفوية، استعمال واضح للتوجيهات.

٤- تعميم المهارات المتعلمة.

ويمكن القيام بإدارة فعالة للسلوك من خلال تحديد التتابع بين السوابق والسلوك واللواحق المحددة فى الشكل (١٢) الذي يوضح عملية تتابع السلوك. فمن خلال تحديد السوابق المتمثلة في سلوك الوالدين(سلوك يمكن القيام به آم لا) واستجابة الطفل للسوابق (استجابة مقبولة آم لا) وأخيراً موقف الوالدين من استجابة الطفل[٢٦].

إن اضطراب العناد المتحدى مثل اضطرابات الطفولة الأخرى، حيث يجب أن يشتمل علي تدخل من الأسرة، حيث أشارت الأبحاث أن التدخل الأسري من خلال التدريب الوالدي ذو فاعلية كبيرة في علاج اضطراب العناد المتحدى، حيث يشتمل ذلك التدريب علي تلقين الوالدين معلومات فنيات نمو الأطفال والسلوكيات التى يقومون بها، ووفقا لذلك يتم تلقينهم كيفية النظر للسلوك الايجابي وتعزيزه، وأيضا يتم تعليم الوالدين كيفية استخدام الفنيات للتعامل مع سلوك التخريب وعدم الالتزام، وكيفية توجيه التعليمات لأطفالهم وكيفية بقائهم أثناء الصراعات بدون انفعالات، ثم يتم بعد ذلك تعليمهم لعب الأدوار. أيضا يتم إعطائهم واجبات منزلية للتدريب علي المهارات التى تعلمها مع أطفالهم وحياتهم الفعلية[٢٧].

فالتدخل الأسري يمثل المدخل الرئيسي لعلاج اضطراب العناد المتحدى، حيث يتجه نحو تدريب الآباء علي مهارات إدارة الأطفال والي تقييم عملية التفاعل الأسري، و يأكد العلاج الأسري علي تعليم الآباء كيفية تعديل سلوكهم ليقلل سلوك العناد لدي أبنائهم ويزيد من السلوك المرغوب. حيث يركز العلاج السلوكي علي تحديد المعززات والثناء علي السلوك المرغوب وتجاهل أو إيقاف تعزيز السلوك غير المرغوب[٢٨].

فقد أشار Matthys& Lochman (2010) إلي أن تدريب الوالدين يمثل

عملية تدخل علاجي يهدف إلي تعديل التفاعل الغير سوي بين الوالدين والأطفال من خلال استخدام فنيات سلوكية لتقليل سلوك الطفل الفوضوي وزيادة السلوك الاجتماعي المرغوب(٢٩).

ومن البرامج المستخدمة في تدريب الوالدين، استخدام تدريب إدارة الوالدين الذي ركز فيه Kazdin (2010) علي التفاعل بين الوالدين والأطفال وسلوك الأطفال في المنزل، أو المدرسة أو المجتمع. ويتم تحديد عملية التدخل من خلال خطين رئيسيين هما

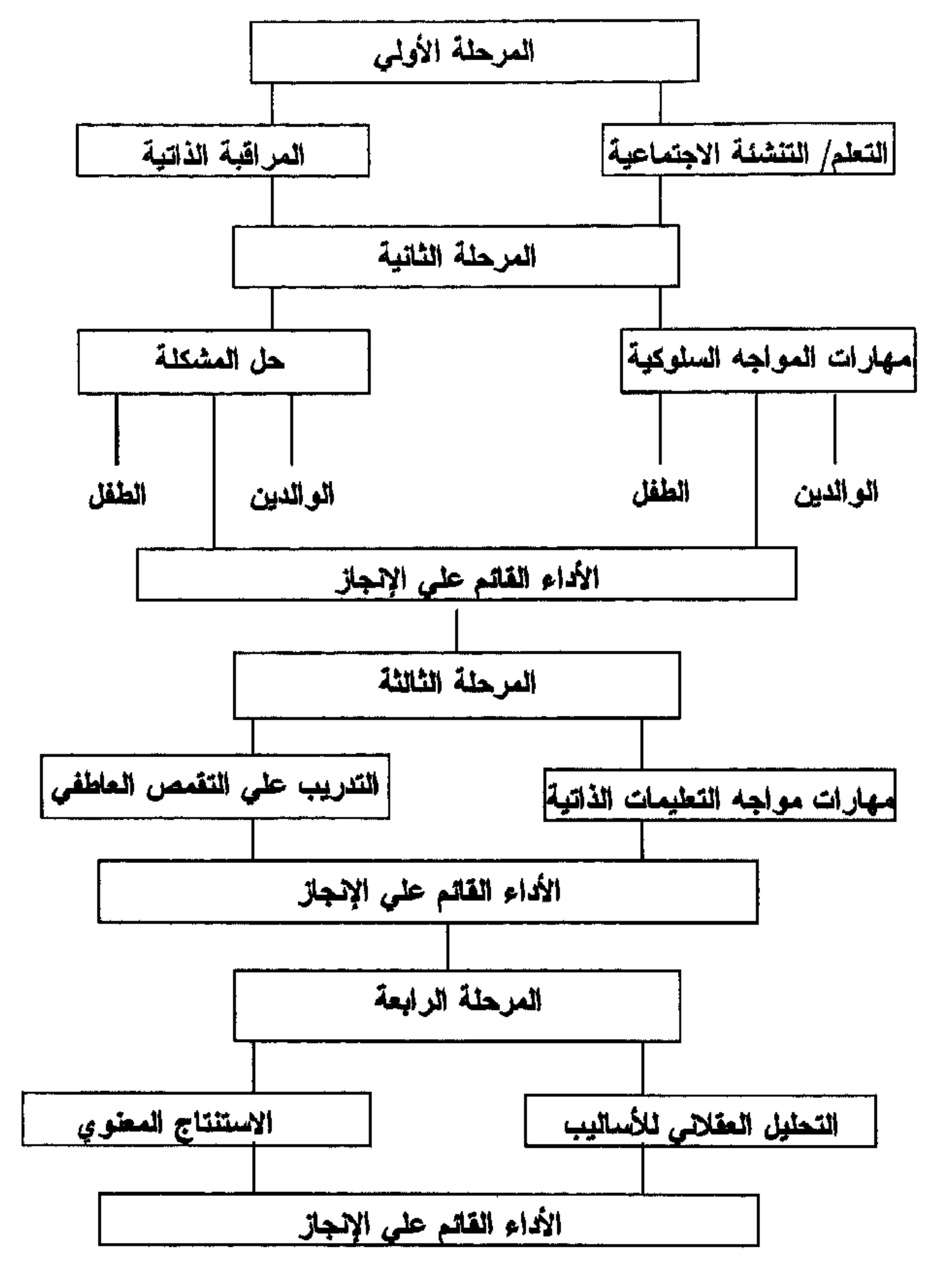
أ- التركيز علي التفاعل بين الوالدين في المنزل وكيف يمكن تعديله.

ب- الاتجاه نحو تطبيق التحليل السلوكي للسلوك الناشيء. فذلك يمثل الخطوط الواضحة للعمل التى يمكن ترجمتها إلي فنيات متنوعة لتغيير سلوك الوالدين والأطفال(٣٠).

كذلك فقد أشارت عدد من الدراسات إلي فعالية الإرشاد عن طريق العلاج التفاعلي بين الأطفال والوالدين Parent–child interaction therapy (PCIT)، حيث يقوم ذلك الأسلوب من العلاج علي تغيير التفاعل بين الوالدين والأطفال، ويترتب علي ذلك تغيير سلوك الأطفال، وقد أشارت تلك الدراسات إلي فعالية ذلك العلاج لدي مرحلة ما قبل المدرسة، حيث أن استخدام هذا العلاج ينتهي بسن ستة سنوات (٣١)

وقام Frankel& Feinberg (2002) بدراسة حول استخدام برامج المهارات الاجتماعية لعلاج اضطراب العناد المتحدى، حيث قام بتعليم الأطفال مهارات المرتبطة بكيفية التعامل مع أقرانهم وأقاربهم، وقد انتهي إلي ضرورة مشاركة الوالدين في التدريب علي المهارات الاجتماعية، كذلك فان مشاركة الوالدين كان ذو فعالية مرتفعة في نجاح البرنامج، حيث أكد علي ضرورة بناء البرنامج بمشاركة الوالدين(٣٢).

كذلك يمكن التدخل عن طريق العلاج المعرفي السلوكي، حيث يوضح شكل (٢) النموذج العلاجي المستخدم في علاج الاضطرابات السلوكية مثل اضطراب العناد المتحدى، حيث يوضح المكونات المفاهيمية المختلفة والتسلسل المقترح(٣٣).



شكل (١٣)

نموذج علاجي لاضطراب العناد المتحدى

ومن الفنيات المستخدمة في التدريب السلوكي للوالدين:

(أ) التدعيم:

القاعدة الأساسية في المنهج لسلوكي هي أن السلوك تحكمه نتائجه، بمعني أن النتيجة التى تعود علي الفرد بفائدة تضمن للسلوك أن يصدر عن الفرد مرة أخري، والنتيجة التى لا تعود عليه بفائدة أو تعود عليه ببعض الضرر أو الألم تجعله لا يميل إلي تكرار هذا السلوك. ويحدث هذا بصرف النظر عن مقبولية السلوك الاجتماعية أو غيرها. ونقول هنا أن السلوك في الحالة الأولي توفر له التدعيم. وهو اشهر أساليب اكتساب السلوك عند السلوكيين. وللتدعيم صورتان، الصورة الأولي ما تسمي بالتدعيم الايجابي Positive Reinforcement وهي تنطبق علي السلوك الذي لصاحبه فائدة أو منفعة أو لذة، والصورة الأخرى وهي التدعيم السلبي Negative Reinforcement وهي تنطبق علي السلوك إلي يجنب صاحبه ضرراً أو ألماً أو مشقة[٣٤].

١- تدعيم السلوك المعاكس أو البديل:

تشير لجنة التعريب والترجمة إلي أن التدعيم التمييزي للسلوك النقيض Differential Reinforcement Incompatible (DRI) وكذلك التدعيم التمييزي للسلوك البديل Differential Reinforcement Alternative (DRA) لا يعتبر طرائق منفرة (مكروهة) لخفض السلوك غير المرغوب، ولكنها أساليب ايجابية لخفض معدل حدوث السلوك أو التخلص منه. فعلي سبيل المثال فقد يزعج الطالب زملائه في الفصل وذلك بالخروج من المقعد، فقد يكون قادرا علي خفضه بطريقة غير مباشرة، إما بتدعيم سلوك مناقض لو معاكس لسلوك الخروج من المقعد (مثل البقاء في المقعد) أو بتدعيم سلوك بديل مثل (إكمال عمل أكاديمي يمكن أن يتم فقط أثناء جلوس الطالب في المقعد) [٣٥].

٢- التعزيز المحسوس وأنظمة الرموز (الاقتصاد الرمزي Token Economy):

يشير هذا الأسلوب إلي استخدام بعض المثيرات بعد تشريطها بمدعمات طبيعية كوسائل لحفز الفرد علي التعلم وتدعيم السلوك المرغوب لديه وإنقاص

السلوك غير المرغوب أيضا عن طريق زيادة رصيده من هذه العملات أو إنقاصه. ويستخدم أسلوب الاقتصاد الرمزي في العلاج الأسرى ويطبق مع احد أفراد الأسرة بعد أن يكون قد حدد المعالج السلوك أو السلوك أو أساليب السلوك غير المرغوب[٣٦].

(ب) وقت مستقطع او الإقصاء Time Out:

علي الرغم من فعالية الايجابية لدي الوالدين في التعامل مع أطفالهم، فان حقيقة تظاهر الوالدين بالدفء، والاستماع إلي وجهات نظر أطفالهم، والتفاهم مع الأطفال لا تمثل الخيارات قصيرة الأمد الفعالة لإدارة وتقليل السلوكيات الحادة الخارجة عن السيطرة لدي الأطفال. فسلوك الأطفال يمكن أن يكون مدمر وخطر بدون فنية تخدم لاحتواء وتحجيم استجابة الأطفال. فبدون تلك القيود، فان سلوك الأطفال يمكن أن يكون حافز للغضب والإحباط. لذلك فان العقاب عن طريق الإقصاء عن التعزيز يمثل فنية فعالة لاحتواء و تقليل السلوك المشكل[٣٧].

(جـ) تكلفة الاستجابة Response cost،

تعد احد فنيات العقاب المعتدلة لتعديل السلوك لدي الطفل، فهي تمثل عملية فقد للتعزيز الايجابي، وتستخدم تلك الفنية في سياق الاقتصاد الرمزي ويشمل إزالة البطاقات. وقبل استخدام تلك الفنية فانه يجب أن نوضح للأطفال ذوي السلوك الغير مرغوب أنهم سوف يفقدون بطاقاتهم[٣٨].

فهو مصطلح يشير إلي فقدان مدعم ايجابي أو إلي عقوبة تتضمن بعض العمل والجهد. ويتطلب دفع مثل الغرامات أي أن العقاب يمثل دفع ثمن للاستجابة غير المناسبة[٣٩]. وتوضح لجنة التعريب والترجمة أن تكلفة الاستجابة تعتبر احد أنماط العقاب المستخدمة في بعض الاقتصادات الرمزية، فيمكن أن يتم استبعادها أيضا عند أداء سلوك معين غير مناسب، وبشكل خاص عند انتهاك القواعد[٤٠].

(د) التجاهل Ignore:

هناك كثيرا من أنواع السلوك التى تسبب الإزعاج للأسرة يمكن أن تختفي

في فترات قصيرة بمجرد تجاهلها. فمن المعروف أن تجاهل كثيرا من جوانب السلوك المزعجة (خاصة إذا كانت غير ضارة بشكل مباشر) ستؤدي إلي اختفائها تدريجيا، ولهذا فان الوالدين بانزعاجهم الشديد من بعض مشكلات أطفالهم وما يقومون به من محاولات للتصحيح، غالبا ما يؤدي إلي عكس ما يرغبون فيه. ومن الأمثلة علي أنواع السلوك التى يمكن معالجتها بتجاهلها: البكاء، العزوف عن الطعام، الشكاوى المرضية العابرة [٤١].

٤- تدريب الوالدين على الإدارة PTM (Parent Management Training)

وهي طريقة علاج اعتمد عليها المعالجون السلوكيون لتدريب الاباء لمواجهة المشاكل السلوكية لدى الاطفال وهناك العديد من برامج تدريب الوالدين التي يمكن تقديمها في صورة علاج فردى أو جماعي إلا أنها تكاد تشترك جميعها في انها تسعى لتدريب الاباء على تطبيق المبادئ والفنيات السلوكية مثل المهارات التعزيز، التشكيل، العزل، وطرق الاشراف الفعالة لتعديل سلوك الاطفال [٤٢].

و يري (2005) Kazdin أن تدريب الوالدين علي إدارة السلوك يمثل برنامج يصلح لأطفال ما بين عمر ٢- ١٤ عاما، كذلك يمكن أن يستخدم العلاج بطريقة فردية أو طريقة جماعية ليخفف من درجة المشكلات السلوكية والفشل الوظيفي للوالدين في تعامله داخل الأسرة. وقد يصل العلاج إلي ١٢ جلسة، وقد تستمر كل جلسة من ٤٥- ٦٠ دقيقة [٤٣]. وبين الجلسات يتابع المعالج مع الوالدين ممارسة تلك الفنيات داخل المنزل. ويتم متابعة التقدم في عملية العلاج من خلال استخدام لعب الأدوار والتوصل بين الوالدين والأطفال داخل الجلسة [٤٤].

ويمثل الشكل (١٥) المخطط الانسيابي لإدارة السلوك The Behavior Management Flow Chart (BMFC)، فمخطط إدارة السلوك الانسيابي عبارة عن مخطط، قائم علي تحليل سلوك الطفل لتعليم الوالدين خطوات إدارة سلوك أطفالهم، فذلك المخطط يصور سلسة من المهارات لاستجابة البالغين علي مدار اليوم لمساعدة أطفال اضطراب العناد المتحدى [٤٥].

فالتدريب علي ذلك المخطط يعد احد أجزاء العلاج المصممة لأسر الأطفال ذوي اضطراب العناد المتحدى واضطراب نقص الانتباه المصحوب بالنشاط الذائد. فذلك النموذج لا يمثل برنامج علاجي، وإنما احد أجزاء خطة العلاج المقدمة[٤٦].

فوفقاً لذلك النموذج، نقوم بتقديم نسخة من النموذج للوالدين كمساعد بصري. والمواد الإضافية المكتوبة التى نعطيها للوالدين في كل جلسة تمثل خطوات لاستجابة لخطوات النموذج العلاجي. ويقدم النموذج كأجزاء، فعندما يقوم الوالدان بالخطوة رقم (١)، فان المرشد البصري للوالدين يتمثل في المستطيل رقم (١). وعندما يقوم الوالدان بأداء الخطوات من (١-٦)، فان النموذج يوضح كيف تستخدم الخطوات من (١-٦). وعندما يقوم الوالدين بأداء كل ما في البرنامج فنا كل ما بداخل النموذج يتم استخدامه[٤٧].

واثبتت هذه الاستراتيجية فعاليتها في اكثر من دراسة وتهدف الى تغيير انماط التفاعل بين الاباء والابناء لخفض الاضطراب وهذه الاستراتيجية مناسبة لكل من الذكور والاناث بأعمار زمنية من (٦-١٢) سنة ويتم فيها تعليم الابناء مكافئةوتعزيز السلوك المرغوب وإهمال وتجاهل السلوك الغير مناسب حيث يرشد المعالج الاباء عن هذه الاستراتيجية في دليل معد مسبقاً وتستمر جلساتها من ٨-١٠ جلسات ليتعلم خلالها الاباء كيفية الانتباه الفعال للسلوك المرغوب وكيفية إصدار تعليمات فعالة والتعزيز الفوري للسلوك والعزل هذا بالاستعانة بالعروض التوضيحية بحيث يستطيع الاباء تكوين علاقة ايجابية مع ابنائهم وان يكونوا نموذج يحتذى به الطفل في انفعالاته ومشاكله[٤٨].

أهم السمات المميزة لهذه الاستراتيجية :

١. أن العلاج يجرى في الاساس مع الوالد – او الوالدين – الذى يقوم بتنفيذ العديد من الاجراءات في المنزل .

٢. يتم تدريب الوالدين على تعيين السلوكيات لدى الطفل حتى يتم التعزيز او العقاب .

٣. تعطى جلسات مبادئ التعلم الاجتماعي والاجراءات التي تنتج عنها

وتتضمن التعزيز الإيجابي، الثنائي الاجتماعي، العقاب المعتدل، الحرمان، التفاوض والمناقشة .

٤. يوفر للوالد الفرصة للملاحظة كيفية استخدام هذه الفنيات المختلفة. (٤٩) (عادل عبد الله ٢٠٠٠ :(١٧١ : ١٧٢)

٥ـ علاج التفاعل بين الاباء والاطفال PCIT Parent-Child Interaction Therapy

هو برنامج علاجي مناسب لأطفال ما قبل المدرسة حيث يعتمد على تعليم الاباء بعض الفنيات لتحسين السلوك الاجتماعي لدى أطفالهم بعرض نموذج لتعليم الاباء كيفية الاستجابة لتساؤلات أطفالهم وسلوكهم ومن ثم المدح والثناء على السلوك المرغوب او التجاهل اذا كان السلوك غير مرغوب مع تجنب التوبيخ والنقد وكل هذا يعتمد على تنمية العلاقة بين الاباء والاطفال ثم يطلب من الاباء تنفيذ ما تم عرضه في النموذج مع ابنائهم على ان يقدم المعالج التوجيهات المناسبة للإباء أثناء التنفيذ(٥٠).

٦ـ التدريب على مهارات حل المشكلات

Problem Solving Skills Training

طريقة علاج مناسب للأطفال بعمر زمنى من (٧-١٣) سنة حيث يعرض المعالج على الطفل مشكلة ما من واقع حياته الطبيعية تتعلق به او بالمنزل او الاقران او المدرسة او الاشقاء وبمساعدته يتم تقييم لهذه الاهداف ومن ثم تعميم التعلم حتى تصبح مهارة يستخدمها الطفل في حياته اليومية(٥١).

ويركز التدريب على مهارات حل المشكلات على العمليات المعرفية التي تكمن وراء السلوك غير السوى والقصور في الادراك حيث يتم تدريب الطفل على التفكير العلمي الصحيح واستبعاد التخيلات غير المنطقية ولابد من توافر مجموعة من المهارات وهى :

١- مهارة تحديد المشكلة .

٢- مهارة جمع المعلومات والبيانات .

٣- مهارة التفاوض واختبار صحتها .

٤- مهارة التوصل الى الحل الصحيح .

٥- مهارة المراجعة والتأكد من صحة الحل(٥٢).

وقد خلصت العديد من الدراسات إلي أن العلاج القائم علي تدريب الوالدين يمثل اقوي أشكال العلاج المستخدمة في علاج اضطراب العناد المتحدى (Clinical Inquires)، 2005.

ويمكن الاستفادة من المدخل المعرفي السلوكي في علاج اضطراب العناد المتحدى من خلال:

١- وعي وإدراك أفراد الأسرة باضطراب العناد المتحدي لدي الأطفال.

٢- تبصير الطفل بالطريقة الصحيحة والمنظمة لحل المشكلات الاجتماعية

٣- تدريب الوالدين علي طرق التعزيز المناسبة لسلوك أطفالهم، وتجاهل أنماط السلوك غير المرغوبة.

٤- تدريب الأطفال علي المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي داخل الأسرة.

٥- تدريب الوالدين علي كيفية تحديد وتنفيذ الأدوار الأسرية بما يتناسب مع سلوك أطفالهم من خلال إدارة السلوك.

٦- تدريب الوالدين علي المشاركة الفعالة في أنشطة وأعمال أطفالهم(٥٣).

٧- أن يتدرب الوالدين علي توظيف المعلومات الجديدة، من خلال تطبيقها في عملية التوجيه للطفل، من خلال عدم المحاولات لإعادة سحب الطفل لعملية المجابهات.

٨- أن يصبح الوالدين أكثر أحساساً بعملية توجيههم لأطفالهم، وأكثر تحمل لسلوك أطفالهم.

٩- أن يتدرب الوالدين علي تهدئه أطفالهم المعاندين.

١٠- تدريب الوالدين علي وضع القواعد مع أطفالهم والالتزام بها.

١١- تدريب الأطفال علي كيفية التفاعل مع الوالدين.

١٢- فهم الوالدين لطريقة تفكير الطفل.

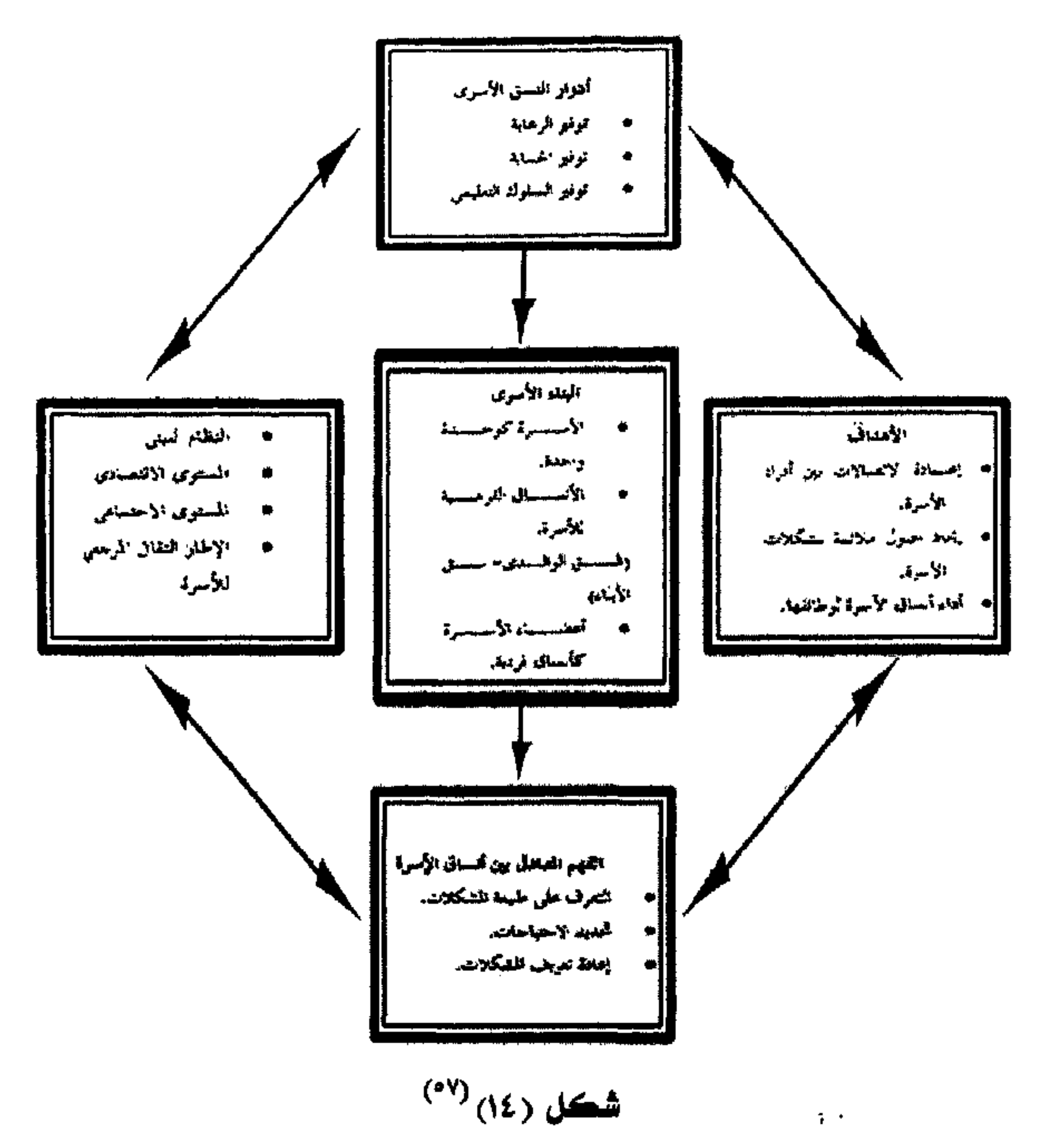
١٣- فهم الطفل لطريقة تفكير الوالدين[٥٤].

ثانيا: العلاج متعدد الانظمة (MST): MaltiSystemic Therapy

هو طريقة العلاج التي تتضمن الطفل واسرته باستخدام الاستراتيجيات المستمدة من العلاج السلوكي والعلاج الاسرى والتي توجه مباشرة نحو الانظمة والعمليات المتعلقة بسلوك الطفل متمثلة في الطفل والاسرة والمدرسة والاقران .

وهو طريقة علاج تتعامل مع العوامل المتعددة الابعاد للسلوك من خلال العلاج المجتمعي الذى ينصب على كل من الاطفال والانظمة المتداخلة المحيطة بهم من مدرسة واسرة واقران[٥٥].

وهو علاج اسرى جماعي يتعامل مع الابعاد المتعددة للسلوك على اساس ان الفرد محاط بأنظمة متعددة ومتفاعلة هي العوامل الاسرية والمدرسية والفردية وان سلوك الفرد هو ناتج تفاعلات متبادلة مع وبين هذه العوامل وذلك من خلال طرق العلاج المتكاملة والتوجيهات التي تقدم في محيط هذه الانظمة[٥٦].



شكل (١٤) [٥٧]

عملية تحديد اهداف العلاج الاسري كما حددها - جاكوميرمونت -

مبادئ العلاج متعدد الانظمة:

١) الهدف الأساسي من التقييم هو فهم مدى الانسجام والتوافق بين المشكلة المحددة ومحتواها الواسع في النظام باعتبار ان هذا التقييم هو العملية التي تجعل العلاج يستمر بمعنى تحديد العوامل البيئية والاجتماعية المحيطة بالطفل والمؤثرة في سلوكه وتقييم حاجات الانظمة المحيطة باعتبارها الخطوة الاولى في العلاج.

٢) يؤكد على الايجابية واستخدام جوانب القوى في كل نظام كوسيلة للتغيير

فمثلاً في محيط الاسرة لابد من التركيز على الجوانب الايجابية للتغلب على سلبية أفراد الاسرة .

٣) يهدف الى تحسين السلوك المرغوب وتقليل السلوك غير المرغوب بين افراد الاسرة حيث يركز العلاج على تحسين السلوك المناسب لدى الطفل مع اتخاذ اجراءات وقائية تكفل عدم التأثير على هذا التحسين في سلوك الطفل مثلاً تحسين اسلوب الاشراف الوالدي .

٤) العلاج موجه ويستهدف مشكلة محددة وواضحة المعالم حيث يتضمن هذا المبدأ ضرورة استخدام تعريف إجرائي للسلوك يحدد كيفية قياس السلوك ومعرفة مدى نجاح العلاج في تحقيق أهدافه ومن ثم الاستمرار او المراجعة والتعديل .

٥) يستهدف العلاج تسلسل السلوك في او بين الانظمة المتعددة التي تبقى على المشكلة حيث نرى السلوك يتكون من هذا التسلسل داخل الاسرة كأساليب القسر والاستبداد داخل او خارج المدرسة .

٦) يجب أن يتناسب العلاج مع المرحلة النمائية للطفل ومتطلباتها واستخدام تقنيات مناسبة لها.

٧) يصمم العلاج بما يتلاءم مع جهود افراد الاسرة اليومية او الاسبوعية .

٨) تقييم فاعلية العلاج باستمرار من خلال عدة مناظير والعمل على تخطي الحواجز لتحقيق نتائج ناجحة .

٩) يجب أن يصمم العلاج بحيث يتضمن تعميم الاساليب العلاجية وتحقيق الوقاية طويلة المدى من خلال اعداد مانح الرعاية لتعديل سلوك الطفل ومواجهة احتياجات افراد الاسرة عبر الانظمة المتعددة[٥٨] .

الأساس النظري للعلاج متعدد الانظمة :

يتلاءم العلاج متعدد الانظمة مع نظريتي الانظمة الاسرية ونظرية البيئة الاجتماعية من حيث تفسيرهما لأسباب السلوك غير السوى وطرق علاجه الفعالة.

ففي نظرية الانظمة تعتبر الاسرة نظام متكامل ككل له خصائصه التي تتجاوز أجزائه المنفصلة المكونة له، ومن هذا المنطلق فإن سلوك الطفل غير السوى يرتبط بأنماط العلاقة بين أفراد الاسرة ولابد أن يفهم هذا السلوك ويفسر في سياق هذه الانماط من العلاقات، وتهدف نظرية الانظمة الى معرفة كيف يمكن تكيف المشاكل السلوكية والانفعالية في سياق علاقات الفرد الاسرية مع التأكيد على الطبيعة المتبادلة بين هذه العلاقات ففي ضوء هذه النظرية لا ينظر المعالج فقط الى كيفية تأثير اسلوب المعاملة الوالدية في سلوك الطفل والاسرة .

ويهدف العلاج متعدد الا نظمة الى تزويد الوالدين بالمهارات والاحتياجات الضرورية لمواجهة مشكلات الطفل، و ايضاً مساعدة الطفل على مواجهة المشكلات الاسرية وذلك استناداً الى استراتيجيات العلاج الاسرى والعلاج السلوكي المعرفي وتدريب الوالدين على الادارة في محيط الاسرة بهدف خفض الخلافات الزوجية والضغوط الاسرية وتحسين مستوى الاجتماعي وذلك لدعم العلاقة بين افراد الاسرة وعلى مستوى الرفاق ويسعى الى ابعاد الطفل عن رفاق السوء وتشجيعه على الانضمام الى الأندية، كما يؤسس العلاج المتعدد الانظمة على تكوين قنوات اتصال بين الاباء والمعلمين وعلى المستوى الفردي يستخدم مع الطفل اسلوب حل المشكلات والتعاقد و الضبط الذاتي .

يخاطب العلاج متعدد الانظمة العوامل الفردية والعوامل الاسرية والمجتمعية التي قد تسهم في المشكلة ولان هذه العوامل مختلفة ومتعددة لذلك العلاج متعدد الانظمة مرناً جداً حيث يستخدم العديد من استراتيجيات العلاج(٥٩).

بذلك فالعلاج متعدد الانظمة هو تكامل لفنيات العلاج المختلفة حيث يتم دمج فنيات العلاج المختلفة لحل المشكلة مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الاسرى والعلاج الفردي وهناك اختلاف بين استخدام هذه الفنيات في العلاج متعدد الانظمة واستخدامها في تحقيق أهداف ايجابية طويلة المدى لذا يقدم لهم المحاضرات والمساعدة والعلاج المناسب وتعليمهم فنيات العلاج لاستخدامها مع الطفل فمثلاً لتعليم الطفل مهارة حل المشكلات ويتم تعليمها للإباء ومن ثم يقوم بتعليمها الى ابنائهم(٦٠).

مميزات العلاج متعدد الانظمة :

١ - يتعامل العلاج متعدد الانظمة مع السلوك غير الاجتماعي من منظور أن السلوك يتأثر بعوامل متعددة هي الفرد والاسرة والمدرسة والاقران بينها تفاعلات وتأثيرات متبادلة .

٢ - أهم ما يميز العلاج متعدد الانظمة انه تكامل ودمج لأفضل أساليب العلاج النفسي الفردي والعلاج الاسرى ؛ فمثلاً للتعامل مع مشكلة لدى الطفل يجب استخدام العلاج السلوكي المعرفي لتنمية مهارات الطفل في حل المشكلات واستخدام تدريب الاباء على الادارة مع الوالد لتنمية مهارات الاشراف والرقابة الفعالة .

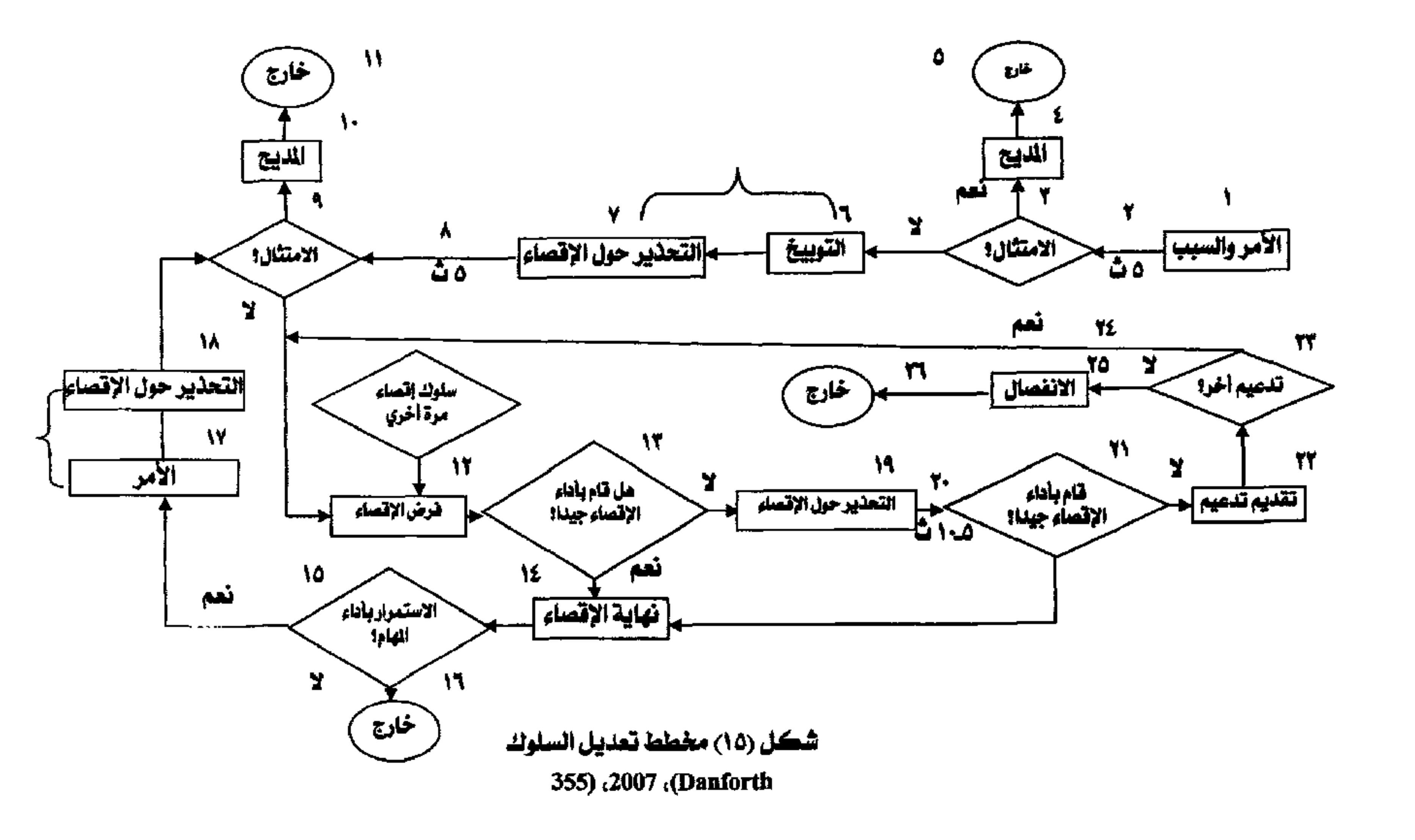
٣- العمل على ضمان استمرارية فاعلية العلاج بعد انتهاء برنامج العلاج وذلك من خلال تمكين الا باء والاطفال من القدرة على مواجهة المشكلات الاكاديمية والاجتماعية التي قد تحدث لاحقاً .

٤ - يقدم العلاج متعدد الأنظمة في محيط البيئة الطبيعية للأسرة دون تقييد بأماكن مخصصة لتقديم البرامج والخدمات العلاجية او دون التقيد بعيادات ومراكز نفسية.

٥ - يسعى العلاج متعدد الانظمة جاهداً لا شراك الاسرة في العلاج والعمل على تحقيق اهدافه.

٦- يقدم العلاج متعدد الانظمة الكثير من الارشادات والاستشارات والتدريبات بما يحقق تكامل العلاج المقدم .

٧- يسمح العلاج متعدد الانظمة للمعالج باستخدام كافة معارفه وخبراته وتجاربه لأقصى حد ممكن بل ويعزز ويدعم دورهم العلاجي[٦١].



شكل (١٥) مخطط تعديل السلوك

(Danforth، 2007، 355)

ثالثا :المدخل الاستراتيجي:

يمثل Jay Haley مؤسس النموذج الاستراتيجي للعلاج النفسي، وعلي الرغم من أن العلاج الاستراتيجي الذي قدمه Haley لم يطور نظرية كاملة لحسابه، إلا انه لا يفتقر إلى الأساس النظري للعلاج لان علاج Haley يشتق ويعتمد علي توجهات نظرية لها أصالتها[٦٢].

وتقوم نظرية المدخل الاستراتيجي كما أوضح Griffin& Greene علي:

- الأعراض المرضية التي تظهر نتيجة المقاومات الشديدة داخل المنظومة، وذلك راجع إلي السلطة غير الملائمة أو الصراع بين الأفراد.
- الأعراض المرضية تعكس سلوكيات تفاعلية محددة داخل الأسرة، وان التغير القليل المتزايد في نتائج السلوك يمكن أن:
- إعادة تأسيس السلطات المناسبة.
- تقليل الصراع.
- يخفف المقاومات الشديدة.
- تمتلك الأسرة أو الأفراد المصادرة النفسية للتصحيح الذاتي في حالة امتلاك الفرصة عن طريق العلاج.
- الأعراض المرضية كناية عن المنظومة الكلية[٦٣].

وقد نبعت طريقة الإرشاد الاستراتيجي لدي Haley; Madanes; Hoffman من نظرية Bateson للتواصل ونظرية Ericksonian للتنويم المغناطيسي، حيث ينظر إلي المشكلة كتعبير عن خلل في الوظيفة الأسرية الناتج عن الفشل وتعارض السلطات والتقصير. ويتمثل الهدف الرئيس في تغيير السلوك. وينظر ذلك العلاج إلي أن تشكيل الأعراض يحدث بشكل أساسي من خلال الانتقال والتغير عبر مراحل الحياة، عندما لا يتم تلبية متطلبات النمو بشكل ملائم، وهكذا يعجل ذلك بحدوث الأزمات. وفي مثل تلك الظروف، فانه يحدث تثبيت "توقف" لعملية النمو لدي الفرد وتظهر الأعراض كتعبير

عن تلك الأزمات غير المحلولة. ويعد العلاج القائم علي حل المشكلات Problem-Solving Therapy احدي المداخل الاستراتيجية الخاصة بـ Haley and Madanes في ضوء التداخل بين بعض نماذج العلاج الأسرى الاستراتيجي ونموذج الاتصال والنسق[٦٤].

ويتجه العلاج الاستراتيجي أثناء تعامله مع الاضطرابات السلوكية وخاصة اضطراب العناد المتحدي إلى التركز علي عملية التحول من السلسة المتزايدة escalating sequence (عندما يتصاعد حدة العنف بشدة وبدون حل) إلى سلسلة الحلول resolution sequence (عندما يستجيب الطفل إلى الراشدين)، بمعني أن عملية العلاج تقوم علي التركيز علي السمات الموجودة في تتابع سلوك العناد، أي أنه أثناء علمية الصراع بين الطفل وممثل السلطة، فان الطفل يركز بشكل أساسي علي عملية الاتصال، بينما الراشدين يركزون علي النواتج. وهذا الاختلاف يقود إلى تصعيد مؤلم عندما تتزايد المجابهات، ومن ثم يعمل العلاج علي حل ذلك الصراع بين الطرفين[٦٥].

وينقسم العلاج الأسرى الاستراتيجي إلي مدخلين أساسيين هما:

١ـ مدخل Haley- Madanes:

وفي هذا المدخل يعتقد كلا من Haley و Madanes أن سبب استمرار المشكلة راجع إلي التدرج المعيب داخل الأسرة. فهدف العلاج تبديل التفاعل الأسرى، وبذلك يتم تغير بناء الأسرة. أيضاً فهم والتحكم dominateلمشكلة المقدمة هي كناية عن المشكلة الحقيقية، أيضاً عندما يعمل Haley مع مشكلات الأطفال، فانه يعمل علي التركيز علي مشكلة الطفل، وعندما يحضر الوالدين للعمل علي مشكلة أطفالهم، فهو أيضاً يعيد ترتيب مدرجات المشكلة ويقوي العلاقة بين الزوجين[٦٦]. كذلك يري Madanes أن جميع المشكلات تنتج من المعضلة بين الحب، العدوان ويظهر ذلك في أربع أنواع من التصنيفات وهي:

أ- السيطرة والتحكم dominate and control : ويتضمن ذلك أعراض مثل الجنوح، الإدمان، ومشكلات سلوكية متنوعة.

ب- الرغبة في أن يكون محبوب: وذلك مرتبط باضطرابات الأكل، المخاوف، القلق، الاكتئاب، والأعراض النفس جسمية.

ت- أن يكون محبوب ومحمي: مرتبط بمشكلات مثل سوء الاستغلال، الإهمال، الاستحواذ، والانتحار.

ث- الندم والمسامحة: مرتبط الاستغلال الجنسي، القتل، الأفعال السادية Piercy) الفرد(Piercy) .

٢- مدخل معهد الأبحاث العقلية Mental Research Institute (MRI):

وفيه يقوم المعالج بتعقب حلقة السلوك داخل الأسرة من خلال سؤال أسئلة في الجلسات ثم بعد ذلك وصف مهمة الواجب المنزلي (سواء بطريقة مباشرة أو متناقضة) مصممة لفصل التتابع الموجود في السلوك، وهدف ذلك العلاج لا يشمل تغيير الأسرة ككل. حيث يعمل المعالج علي البحث عن السلسلة التى تعمل علي استمرار المشكلة لدي الفرد[٦٧] . وقد نتج عن هذا الاتجاه ظهور العلاج الاستراتيجي المختصر Brief Strategic Therapy، فبعد إجراء عدد من الأبحاث توصلت تلك المؤسسة إلي اختصار عملية العلاج[٦٨]. ويهدف العلاج الاستراتيجي المختصر إلي هو حل المشكلة الرئيسة لدي العميل، حيث يمكن أن تحدث عملية التغيير ببساطة وبتدخل مباشر[٦٩].

اهدف المدخل الاستراتيجي:

يمثل الهدف الرئيس في علاج المشكلات الأسرية المطروحة داخل نسقها الاجتماعي من خلال استبدال مفاهيم وسلوك الدور المبسطة جداً بمفاهيم وسلوك أكثر مرونة واتساع، إعادة توزيع القوي لعملية اتزان أكثر اعتدالا، وتمكين المشاركين من توصيل أفكارهم؛ انفعالاتهم، ورغباتهم بطريقة واضحة ودقيقة لبعضهم الأخر. ولتحقيق ذلك، فانه يتم تحديد أهداف فرعية موجهة وبسيطة بطريقة تعاونية نحو حل المشكلة المطروحة. تلك الأهداف الفرعية الموصوفة تعمل علي زيادة السلوك الايجابي، وتعمل علي تقليل السلوك غير الايجابي. حيث تعمل تلك الاستراتيجية علي تحسين دافعية الأسرة من خلال تقوية الاعتقاد بإمكانية التغير.

والهدف الجوهري للمعالج هو تحويل النتائج المتفاعلة التى تبقي علي سلوك المشكلة، بتلك التى تسهل حل الأزمات الأسرية وتطور التقدم نحو المرحلة التالية للنمو الأسرى والفردي في تطور دورة الحياة(٧٠).

فالعلاج الاستراتيجي الأسرى كما بذكر سعيد العزة يري أن:

١- المشكلة الأسرية هي مشكلة حقيقية وليست عرض لمشكلة بحاجة إلى حل.

٢- يجب أن يشتمل العلاج علي تفاعلات في الأسرة.

٣- المعالج ليس بحاجة لتعليم أفراد الأسرة أو تبصيرهم بالمشكلة.

٤- لا يكون التركيز أثناء المشكلة العلاج علي اثر المشاكل الماضية بل يكون التركيز علي الحاضر وعلي السبب المؤثر وعلي الظروف.

٥- يركز المعالج علي القوي داخل الأسرة وعلي وسائل الضبط وعلي موقع الهرمية فيها(٧١).

ويحقق العلاج الاستراتيجي أهدافه في العلاج الأسرة عن طريق خلخلة النسق الأسرى وجعله غير متوازن وغير ثابت، لان هذه الخلخلة هي التى ستفتح الطريق أمام التغير العلاجي. ويحدث هذا عن طريق:

الهدف الأول: إحداث تغيير في سلوك العضو الذي حددته الأسرة كمريض.

الهدف الثاني: إحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة، ومن ثم خلخلة النسق الأسرى. وبينما تكون الأسرة واعية بالهدف الأول وتتعاون في تحقيقه، يكون الهدف الثاني خاص بالمعالج ولا تعلم الأسرة شيئا، لأنها لا ترحب به- في أغلب الأحوال- إذا علمت به، وقد تقاومه ولو علي مستوي اللاشعور(٧٢).

مراحل العلاج في المدخل الاستراتيجي:

١ـ المرحلة الاجتماعية Social Stage:

فتلك المرحلة تشتمل في الأساس علي الترحيب بأفراد الأسرة وجعلهم يشعرون بالراحة(٧٣).

وتهدف هذه المرحلة إلى انخراط جميع أفراد الأسرة في العلاج وأن تشعر الأسرة بأنها وحدة واحدة وتريد أن تحقق الأهداف الاجتماعية المرجوة منها لكي تشعر بالراحة وعدم الشعور[٧٤].

٢ـ مرحلة المشكلة Problem Stage:

وهنا يحدد السبب الذي جاءت من اجله الأسرة أو احد أفرادها طالبا المساعدة ويكون ذلك بسؤال الأسرة عن سبب المشكلة ورأيها فيها وماذا تحتاج من اجل التحسن والتغيير ويكون ذلك بالسؤال التالي " لماذا جئتم إلي عيادتي؟[٧٥].

٣ـ مرحلة التفاعل الأسري Family Interaction Stage:

تلك المرحلة تهدف إلي تفاعل الأسرة معاً، فالمعالج هنا يطلب من أفراد الأسرة التحدث مع بعضهم البعض.

ففي هذه المرحلة يتحدث أفراد الأسرة عن أنفسهم جميعا بموجود المعالج الأسرى ويهتم بالسلوك المشكل الذي يتحدث عنه كل فرد وبوجهة نظر كل فرد في الأسرة إزاءه، وملاحظة صراعات القوة و الهرميات وأنماط التفاعل ويتعرف علي تطلعات الأسرة نحو المستقبل. وهنا

يوجد خطوتان أساسيتان للسؤال عن المشكلة:

- إجبار جميع أفراد الأسرة علي التعليق علي المشكلة.
- إجبار التفاعل المرتبط بالمشكلة أن يحدث في الحجرة.

٤ـ مرحلة وضع الأهداف Goal- Setting Stage:

هنا يطلب المعالج من كل عضو في الأسرة أن يحدد ماذا يمكن أن يتغير[٧٦]. ففي هذه المرحلة يعمل المعالج الأسرى والأسرة معا لتحديد طبيعة المشكلة ووضع الأهداف التى تسعي إلي تحقيقها ومن ثم تقييم هذه الأهداف من حيث تأثيرها عل افرد وعلي الجماعة وعلي المستوي القريب والبعيد[٧٧].

وهنا يتم:

- تحديد الأهداف بدقة- يبني التعاقد العلاجي بين المعالج والعميل.
- الحصول علي الالتزام من خلال التركيز علي المشكلة المطروحة.
- مركز التغير لدي الشخص مرتبط بالمشكلة بينما تعديل السلوك لدي عدد من الأفراد مرتبط بالمشكلة.
- تقييم جميع السلوكيات مرتبطة مع Stage:- حيث يجب أن تكون قابلة للقياس من جميع الأطراف.

٥ـ مرحلة وضع المهام Task- Setting Stage:

يعمل المعالج في تلك المرحلة علي إعطاء التوجيهات. فالمقابلة الأولي تنتهي بعد تحديد موعد الموعد القادم. وبناءا علي تفضيلات المعالج، التوجيهات، تعرض المشكلة، ويتم تحديد ميعاد الجلسة القادمة سواء لكل أفراد الأسرة أو لبعض منهم .تخصيص المهام التى تحدث التغيير المنظم القليل في التفاعل الاجتماعي مرتبط بتعريف المشكلة. وينخرط كل شخص مباشرة في حاجاته العلاجية ليمتلك خبرات موضوعية حول المشكلة بعد أن يقوم بالمهام[٧٨].

الاستراتيجيات الأساسية في العلاج الاستراتيجي:

١ـ العملي Practical:

حيث يستخدم العلاج الاستراتيجي الاستراتيجيات التى تعمل بسرعة وفعالية، حتى لو كنت تبدو غير مألوفة. فالعلاج الاستراتيجي يمكن أن يستخدم أي فنية، مدخل، أو استراتيجية تساعد علي تغيير التفاعل غير المتوافق الذي يساهم أو يبقي علي المشكلة الحالية للأسرة. فبعض التدخلات قد تبدو " خارج النظرية" وذلك راجع إلي استعارتها من نماذج علاجية أخري، مثل التعديل السلوكي. فعل سبيل المثال، التعاقد السلوكي، الذي يوقع فيه العميل علي موافقته علي عمل القيام بأشياء أو عدم القيام بها، يستخدم باستمرار جزء من العلاج الاستراتيجي بسبب أن استخدام تلك الفنية يعد طريقة لإعادة تأسيس صورة الوالدين كقائدي للأسرة .

٢ـ التركيز علي المشكلة Problem Focus:

يعمل مرشد العلاج الاستراتيجي علي تغيير التفاعلات غير متوافقة أو إلى دمج التفاعلات المتوافقة فان ذلك مرتبط مباشرة بالمشكلة المطروحة. فهنا يعمل المرشد علي التركيز علي المشكلة الحالية ولا يتطرق إلى المشكلات الماضية.

٣ـ التخطيط Planned:

يقوم المرشد بالتخطيط لكل مراحل العلاج الاستراتيجي، كذلك بالتخطيط لكل جلسة من جلسات العلاج. فالتخطيط هنا يعني قيام المرشد بوضع خطة دقيقة واضحة ومنظمة للعلاج بعد تحديد أي من مشكلات التفاعل دخل الأسرة تعتبر مسببه للمشكلة الحالية(٧٩).

فنيات العلاج الاستراتيجي:

١ـ التدخل المتناقض Paradoxical Intervention:

يعتمد المعالجون الاستراتيجيين علي التدخلات المتناقضة حتي يتسنى لهم اختراق مقاومة العميل Client's Resistance وإحداث التغير، ويكرسون جهودهم لاستنباط المهام المتناقضة التى تناسب الموقف المشكل أو عرض الفرد، ويفترض Helay أن الأسر التى تلجأ للعلاج تقاوم مساعدة المعالج والناتجة غالبا من لعبة القوي بين أفراد الأسرة والمعالج، وباستخدام طرائق غير مباشرة كالتناقض يستطيع المعالج التعامل مع مقاومة الفرد وإحداث تغير فعال. ففنية التدخلات المتناقضة تضع العميل في قيد مزدوج لإحداث التغير العلاجي بغض النظر عن التوجهات المتناقضة المصممة لدفع الفرد والعلاقة الأسرية تجاه الحل(٨٠). فالتدخل المتناقض يتضمن إعطاء تعليمات متناقضة كالأمر الذي لا يمكن تنفيذه إلا بعصيان أجزاء منه(٨١).

وتتمثل الفنيات الأساسية للتدخل المتناقض في فرض الرسائل ذات القيد المزدوج double bind communications، التوظيف Positioning (التقبل والمبالغة في التواصل الأسرى، تحديد المواقف السخيفة، وهكذا يمكن للأسرة

إعادة تقييم وتغيير اتجاهاتها)، التقييد Restraining (منع التغير من خلال توضيح المخاطرة المترتبة عليه)، ووصف الأعراض. ووفقا لوصف الأعراض، فيوصي أن تكون الأعراض متزايدة، ويقر بالسلوك غير المرغوب، بدلا من محاولة إنهاء الأعراض السلوكية. وجهود المعالج لا تثير مقاومة من جانب العميل. وهنا فان العميل لا يحتاج إلي الدفاع عن حقه لإبقاء المشكلة. ويتم التلطيف من خلال الإشارة إلي مدي خطورة الأعراض حتى تصبح لا تخدم لديه وظائف مفيدة في المنظومة. وبمجرد أن يصبح ذلك واضحا فان الفرد يمكن بتعمد أن يجعل الأعراض حادة أكثر. ويدعم المعالج المكاسب من خلال الإشارة إلي انه إذا تمكن من التحكم في السلوك من خلال زيادته، فان يمكنه التحكم بالمثل في تقليل ذلك السلوك(٨٢).

فالتدخل المتناقض يحدد في:

- وصف الأعراض Prescribing the Symptom: يعطي المعالج تعليمات إلي العميل كي تنخرط في سلوك المشكلة؛
- تقييد التغيير Restraining the Change: يحاول المعالج إنكار احتمالية التغيير، أو يسعى إلي أن سرعة التغيير يجب أن تكون بطيئة؛
- الوظيفة Positioning: يحاول المعالج أن يبدل إدراك العميل للمشكلة من خلال المبالغة فيها(٨٣).

٢ـ إعادة التشكيل أو التأطير Reframing:

إن إعادة التأطير تمثل فنية أن الأفعال التى تم القيام بها بشئ من الجنون أو القلق يمكن إعادة اعتبرها أفعال ايجابية (تضمين ايجابي)، بذلك تقدم وجهات نظر مختلفة للحقيقة(٨٤). فعندما يتعرض الفرد أو الأسرة لأزمة فإنهم يفكرون بطريقة جامدة تجعلهم غير قادرين علي التكيف مع الضغوط، وهذا التكنيك يشجع الأفراد أو أعضاء الأسرة علي تغيير وجهة نظرهم عن الموقف أو المشكلة(٨٥).

ففي بعض الأحيان، تصبح المشكلات السلوكية المشكلة الراسخة، وفي هذا الصدد، يستخدم فنية إعادة التشكيل لإعادة تفسير هذا السلوك المشكل، وبالتالي فإعطاء مفهوم جديد ضمنيا لهذا السلوك بطريقة مختلفة لإبداء اهتمامه ينتج عنه سلوكيات جديدة تتناسب مع التفسيرات، ولا تغير فنية إعادة التشكيل المعني فقط، بل كثيرا ما ينتج عنه فهم مستويات أخري من المعاني التي توجد في التفاعلات، فالهدف الأساسي هو مساعدة أفراد الأسرة علي رؤية السلوك المشكل من منظور أو رؤية جديدة نسبيا، قد تصبح المشكلة المستعصية قابلة للحل(٨٦).

٣ـ التظاهر Pretending:

يطلب المعالج من الطفل أن يتظاهر بان لديه أعراض مشكلات وهنا تقوم الأسرة بمساعدته علي حلها، والهدف من ذلك أن يتعرف الطفل علي السلوك المشكل ولا يميل إليه لكي يطور أنماط سلوكية تكيفيه ولكي تتراجع الأسرة عن أنماطها السلوكية غير المناسبة والمسئولة عن حدوث مثل هذا السلوك المشكل لدي الطفل.

٤ـ التمثيل Inacting:

يطلب المعالج من احد أفراد الأسرة أن يمثل السلوك المشكل الذي يقوم به وليتعرف علي دور أفعال بقية الأسرة إزاءه، ويطلب من أعضاء الأسرة القيام بأدوار مناسبة لتعديل ذلك السلوك عن طريق التمثيل أيضا.

٥ ـ الالتحاق بالأسرة Joining the Family:

ويعني ذلك أن يعيش المعالج الأسرى مع الأسرة فترة من الزمن لمعرفة طرق اتصالها وحدودها وتركيبها الهرمي وانفعالاتها بهدف مساعدتهم وتدريبهم علي تبني اتصالات وتفاعلات أفضل ويلعب المرشد هنا دور المعلم.

٦ ـ التعريف بالحلول Giving Solutions:

يعرف المعالج الأسرى أفراد الأسرة بطرق حل مشكلاتها إذ يلعب دور الموجه والمعلم في آن واحد.

٧ـ إعادة التسمية أو إعادة ترتيبها Refraining:

ويتضمن ذلك السلوك المشكل فالأب الذي يعمل كثيرا لا نقول عنه انه مدمن عمل بل يقال بأنه مهتم بالأسرة أي تقديم معني جديد للسلوك لان ذلك ربما يساعد المرشد علي تقديم سلوك جديد يناسب التغيير ويهدف أيضا لمساعدة الأسرة وأعضائها علي وعي السلوك المشكل من زوايا عدة(٨٧).

٨ـ استخدام التوجيهات Use of Directive:

عادة ما تأخذ التدخلات الاستراتيجية شكل التوجيه أو الإرشاد، والذي قد يكون مباشرا أو متناقضا، فتشمل التوجيهات المباشرة إعطاء النصيحة، وإبداء المقترحات، والتدريب، تجاه صياغة المشكلة، وتدخل المعالجين لتغيير بناء الأسرى واضطراب الأداء. وقد تكون التوجيهات بسيطة أي تشمل شخصا أو شخصين أو معقدة تشمل الأسرة كاملا(٨٨).

ويمكن الاستفادة من المدخل الاستراتيجي في التخفيف من اضطراب العناد المتحدى من خلال:

(١) إعادة تشكيل الفكر التعاوني، حيث يساعد ذلك الوالدين على التفرقة بين إدراك الأطفال والراشدين لمعني القوة.

(٢) أن يتدرب الوالدين على توظيف المعلومات الجديدة من خلال تطبيقها في عملية التوجيه للطفل، ومن خلال عدم المحاولات لإعادة سحب الطفل لعملية المجابهات.

(٣) أن يصبح الوالدين أكثر أحساساً بعملية توجيههم لأطفالهم، وأكثر تحمل لسلوكه.

(٤) أن يتدرب الوالدين على تهدئه أطفالهم المعاندين.

(٥) تدريب الوالدين على وضع القواعد مع أطفالهم والالتزام بها.

(٦) تدريب الأطفال على كيفية التفاعل مع الوالدين.

(٧) فهم الوالدين لطريقة تفكير الطفل.

(٨) فهم الطفل لطريقة تفكير الوالدين[٨٩].

- دور المعالج في النظرية الاستراتيجية:

يلعب المعالج الاستراتيجي دوراً استشارياً وخبيراً ومدير مرحلة، فهو المسئول عن تغيير سلوك العميل، وتغيير نسق الأسرة، وإعادة حل المشاكل، وتزويد أفراد الأسرة بتعليمات لما يجب أن يفعلوه داخل أو خارج جلسات العلاج بهدف تغيير سلوك العميل مع باقي أفراد الأسرة والمعالج، وبذلك يتضح أن المعالج مسئول عن تخطيط استراتيجية لحل مشاكل العميل، وتصميم استراتيجيات لعنونة المشكلة، فالمعالج يركز علي تصميم تدخلات لتحسين الموقف الاجتماعي[٩٠] . فالمعالج يركز علي الموقف الحالي، فهو لا يهتم بتفسير سلوك أعضاء الأسرة أو استكشاف الماضي. فالعلاج يحدد عندما يتم طرح مشكلة ذات أسباب.

فالعلاج مجهز مباشرة نحو تغيير المشكلة القائمة، كذلك فان العلاج الاستراتيجي يساعد المعالج من تقييم الأولي لشبكة التفاعلات داخل الأسرة[٩١]. وينظر المعالج في العلاج الأسرى الاستراتيجي إلي الأسرة كمنظومة قواعد للحكم التى يمكن فهمها من خلال السياق الموجدة فيه، فالمشكلة دائما تخدم وظيفة داخل الأسرة ويمكن فهمها بطريقة أفضل من خلال فحص التفاعل الحالي في الأسرة، أيضا يجب دراسة دورة حياة الأسرة، وتوظيف مفاهيم المنظومة العامة (مثل التوازن، التغذية الراجعة الايجابية) في إدراك وظائف الأسرة. ويعتقد العلاج الأسرى انه إذا تغير سياق الأسرة، سوف يتغير سلوك الفرد، والعلاج يمكن أن يأخذ الدور التوجيهي ليخفف من المشكلة الحالية، كذلك يميل العلاج الأسرى الاستراتيجي إلي الاختصار، حيث تتراوح جلساته ما بين ١٠ إلي ٢٠ جلسة[٩٢].

تقويم المدخل الاستراتيجي :

يمثل المدخل العلاجي الاستراتيجي احدي المدخل العلاجية التى يمكن

أن تستخدم في علاج اضطراب العناد المتحدي، فهو يرتبط بشكل مباشر بأهم العوامل المسببة للاضطراب المتمثل في العامل الأسرى. فبالنسبة إلى المعالج الأسرى الاستراتيجي، هناك ثلاث تفسيرات لنمو السلوك المشكل:

أ- تستمر المشكلات بسبب المحاولة الخاطئة التى تزيد من حدة المشكلة.

ب- المشكلة نتيجة للارتباك في حدود أو سلطة العائلة.

ت- المشكلات تنتج عن من محاولات الأفراد فرض الحماية أو التحكم بشكل غير مباشر علي احدوهما الأخر. ولذلك فان المعالج يعمل علي ملاحظة أنماط السلوك. ثمل وفقا لذلك يعمل علي حل المشكلة المطروحة بمساعدة التغير في استجابات سلوك الأفراد نحو مشكلاتهم[٩٣].

وإذا نظرنا إلى اضطراب العناد المتحدي فإننا نجد انه يمثل علمية صراع بين الطفل والوالدين، حيث أن الوالدين يحاولون بشتى الطرق أن يستجيب الطفل إلى مطالبهم في حين نجد أن الطفل كذلك يحاول بشتى الطرق أن يمتنع عن تنفيذ تلك المطالب ويقوم بفعل ما يريده بالقوة وإزعاج المحيطين به في حالة عدم استطاعته القيام بما يريد، ومن هنا ينشئ وتزداد حدة الاضطراب.

وهنا يجد الباحث أن مدخل العلاج الاستراتيجي الأسرى يمكن أن يمثل مدخلا فاعلا في علاج اضطراب العناد المتحدي، فالهدف الرئيسي لذلك المدخل علاج المشكلة المطروحة وذلك بمساعدة الأسرة علي تغيير استجاباتهم السلوكية نحو المشكلة المطروحة. فالعلاج الأسرى الاستراتيجي يركز علي تسهيل التعاون بين كل المتضمين في العلاج، كذلك يتضمن العلاج إعطاء قدر للشخص المريض، العائلة، وكل من يدخل في عملية العلاج، بالإضافة إلى انه يتحول بالعميل من الموضوعات الماضية حول من الذي يجب أن يلام علي المشكل، أيضا طريقة التعاون والتأكيد والتركيز علي جذب انتباه المحيط الاجتماعي إلى حل المشكلة[٩٤].

رابعا :مدخل نظرية التواصل:

بالنظر إلي اضطراب العناد المتحدى، نجد أن هناك مشكلة في علمية التواصل بين أفراد الأسرة، فكما أوضح Hillstead(2004) أن الخلل في عملية التواصل بين الطفل والأسرة تمثل سببا رئيسيا لظهور اضطراب العناد المتحدى، بالإضافة إلى انه في حالة استخدام العلاج الأسري فان هناك حاجة إلى استخدام فنيات التواصل لإصلاح الضرر في العلاقة بين الطفل والوالدين(٩٥).

ويمكن الاستفادة من نظرية التواصل في علاج اضطراب العناد المتحدى من خلال:

أ- توضيح الخلل في عملية التواصل بين الوالدين والطفل في عملية التفاعل داخل الأسرة وأداء الدور.

ب- يقوم المعالج بتحديد الخبرة موضع الخلل في الاتصال.

ج- صياغة الخبرة موضع الخلل في صورة رسالة تفاعلية بين الوالدين والطفل.

د- جعل الطفل يقوم بتوجيه الرسالة وفقاً للطريقة التى يحددها المعالج للطفل.

ه- يستقبل الوالدين تلك الرسالة ويقومان بتقديم تغذية راجعة لتلك الرسالة.

و- يقوم المعالج بمراقبة علمية الاتصال بين الوالدين والطفل وتقييمها فى نهاية البرنامج العلاجي(٩٦).

خامسا: الارشاد (العلاج) الأسرى فى تخفيف اضطراب العناد المتحدى:

إن العلاج الأسرى لأطفال اضطراب العناد المتحدى ينطوي على القيام بزيادة عملية التفاعل الإيجابي داخل الأسرة بين الوالدين والأطفال، كذلك استخدام عملية إدارة السلوك بفاعلية من قبل الوالدين لتوجيه سلوك الطفل(٩٧)، فاضطراب العناد المتحدى مثل اضطرابات الطفولة الأخرى، يجب أن يشتمل على تدخل من الأسرة، والتدخل من خلال التدريب الوالدي يكون ذو فاعلية كبيرة في خفض اضطراب العناد المتحدى، حيث يتضمن التدريب تلقين الوالدين معلومات فنيات نمو الأطفال والسلوكيات التى يقومون بها،

ووفقاً لذلك يتم تلقينهم كيفية النظر للسلوك الإيجابي وتعزيزه، ويتم تعليم الوالدين كيفية استخدام الفنيات للتعامل مع سلوك التخريب وعدم الالتزام، وكيفية توجيه التعليمات لأطفالهم وكيفية بقائهم أثناء الصراعات بدون انفعالات، ثم يتم بعد ذلك تعليمهم لعب الأدوار، بالإضافة إلى إعطائهم واجبات منزلية للتدريب على المهارات التى تعلمها مع أطفالهم وحياتهم الفعلية[٩٨].

فتدريب الوالدين يمثل مدخلاً رئيسياً لعمليات التدخل لخفض الاضطرابات الفوضوية، مثل اضطراب العناد المتحدى، واضطراب المسلك، واضطراب النشاط الذائد المصحوب بنقص الانتباه[٩٩].

والوالدين هم أكثر القادرين على تحديد وتغير العوامل البيئية التى تؤدى إلى زيادة أو نقص مشكلات الأطفال السلوكية، فالتدخل لخفض اضطراب العناد المتحدى يعتمد على عمر وسلوك وبيئة الطفل، فإذا كان سلوك الطفل يعبر عن العدوان والعنف وعدم التوافق فان التدخل من خلال تدريب الوالدين يكون هو أكثر فعالية، وهذا يعتمد بدوره على قبول الوالدين لعملية العلاج الالتزام بها[١٠٠] ، وعلى الوالدين أعطاء تعليمات للطفل تتناسب مع الموقف وألا يصاحبها تهديدات، كذلك عليهم ملاحظة الحالة الانفعالية ونغمة الصوت والتوقيت أثناء أعطاهم للتعليمات، ويضيف أنه يجب على الوالدين الحفاظ على القواعد والروتين اليومي فى تعاملهم مع الطفل، ويتم ذلك من خلال التدريب على التواصل[١٠١] ، وتضيف الأكاديمية الامريكية لأمراض الأطفال والمراهقين أنه يجب على الوالدين بناء علاقة إيجابية مع الطفل من خلال استخدام التعزيز الإيجابي، كذلك يجب عليهم ألا يستخدمون العنف والقوة مع الأطفال، بالإضافة لذلك يجب عليهم أعطاء سبب مقنع لمطالبهم ويتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على الفنيات الفعالة للتعامل مع الأطفال[١٠٢].

فأطفال اضطراب العناد المتحدى لا يتلقون عملية الرعاية الكافية من جانب المدرسة، والعاملين بمجال الصحة النفسية يرون أن عملية الإرشاد يجب أن تتم من جانب الأسرة، وذلك يتم من خلال تدريب الأسرة على المهارات

الاجتماعية للتعامل مع أطفالهم، هناك ضرورة لتخصيص مراكز رعاية أسرية متخصصة فى إرشاد أطفال اضطراب العناد المتحدى[١٠٣]. ويمثل تعليم الأطفال المهارات الاجتماعية عامل حاسم فى التخلص من اضطرابات السلوك الفوضوى بشكل عام واضطراب العناد المتحدى بشكل خاص[١٠٤]، فهناك ضرورة للتدخل من أجل تخلص هؤلاء الأطفال من مستويات الغضب التى تنمو لديهم، حيث يتم توجيه الغضب وما يصاحبه من أنماط سلوكية نحو الوالدين والمعلمين نحو الافعال إيجابية[١٠٥]

فهناك ضرورة لاقتران عملية علاج اضطراب العناد المتحدى على تعليم الأطفال المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل، حيث يجب أن تتم عملية الإرشاد بشكل جماعي، ويتم تعليمهم مهارات مثل التحكم فى الغضب، ومهارات التواصل، بعض المهارات الاجتماعية[١٠٦] ، فأطفال اضطراب العناد المتحدى لديهم انخفاض فى بعض المهارات الاجتماعية فتدريب الأطفال على المهارات الاجتماعية يؤدى إلى خفض اضطراب العناد المتحدى[١٠٧]، حيث يتم تعليم الأطفال المهارات المرتبطة بكيفية التعامل مع أقرانهم وأقاربهم، كذلك يتم مشاركة الوالدين في التدريب علي المهارات الاجتماعية[١٠٨]، كذلك يمكن استخدام المدخل السلوكى المعرفى القائم على التدريب على المهارات الاجتماعية فى خفض اضطراب العناد المتحدى[١٠٩].

ومن البرامج الفعالة المستخدمة فى تدريب الوالدين لخفض اضطراب العناد المتحدى استخدام إدارة الوالدين للسلوك، الذى يركز علي التفاعل بين الوالدين والأطفال ويتم تحديد عملية التدخل من خلال خطين رئيسيين هما:

(أ) التركيز علي التفاعل بين الوالدين في المنزل وكيف يمكن تعديله.

(ب) الاتجاه نحو تطبيق التحليل السلوكي للسلوك، فذلك يمثل المخطوطة الواضحة للعمل التى يمكن ترجمتها إلى فنيات متنوعة لتغيير سلوك الوالدين والأطفال[١١٠].

كذلك يعد الإرشاد عن طريق الإرشاد التفاعلي بين الأطفال والوالدين ذو

فعالية فى خفض اضطراب العناد المتحدى، وهو يقوم على تغيير التفاعل بين الوالدين والأطفال وتدريب الأطفال على كيفية الاستجابة لسلوك الوالدين، ويترتب على ذلك تغيير سلوك الأطفال [١١١]، ويمكن استخدام الإرشاد المعرفي السلوكي كأحد مداخل الإرشاد الأسرى لخفض بعض الاضطرابات السلوكية، ومن تلك الاضطرابات اضطراب العناد المتحدى[١١٢] ، وتمثل مرحلة التعليم الأساسي أفضل المراحل لعملية التدخل الإرشادى للتعامل مع أطفال اضطراب العناد المتحدى، حيث تظهر الميول نحو أعراض اضطراب العناد المتحدى فى المرحلة السابقة لمرحلة المدرسة، لكن تتضح معالم ذلك الاضطراب بشكل جلى فى بداية مرحلة التعليم الأساسي[١١٣]، ويمكن خفض اضطراب العناد المتحدى من خلال إعطاء الأطفال قدر من الاهتمام، وذلك من خلال عملية التعزيز الإيجابي، أو من خلال تخلص الوالدين من إعطاء اطفالهم مطالب صعبة[١١٤].

سادسا :الفنيات التي يستخدمها المعلم لخفض اضطراب العناد المتحدي:

- **الضبط الذاتي :**

وتشمل معظم برامج ضبط النفس من إعداد المعايير ومراقبة الذات و التقويم الذاتي و تدعيم الذات.

- **خطوات الضبط الذاتي:**

- ملاحظة الذات: ملاحظة السلوك المرغوب في تغييرة.
- تقييم الذات: تقييم المستوى الحالي للسلوك المراد تغييرة في ضوء المعيار المستهدف.
- ضبط المثيرات: أي إحداث تعديلات على السلوك بناء على التقييم في الخطوة السابقة.
- تقييم المستوى الجديد للسلوك.
- تعزيز الذات: في حالة كون السلوك الجديد قد جاء بحسب المعيار المحدد وإلا معاقبة الذات.

- **التعزيز:**

التعزيز هو أي فعل يؤدى إلى زيادة سلوك معين أو إلى تكرار حدوثة أو إلى توقف أو منع حدوث أشياء غير مرغوبة .

  - **التعزيز الإيجابي:** هو الإجراء الذى يزيد من قوة الاستجابة أو احتمالية حدوثها في المستقبل في مواقف متشابهة.
  - **التعزيز السلبى:** هو انقطاع أو توقف المثير الكرية أو غير المستحب بناء على حدوث الاستجابة المرغوبة من أجل زيادة احتمال وقوع وتكرار تلك الاستجابة.

- **شروط التعزيز:-**

  - أن يكون بعد السلوك مباشرة بحيث لا تكون هناك فتره زمنيه كبيرة بين السوك و إعطاء التعزيز.
  - أن يتناسب حجم التعزيز مع السلوك المعزز.
  - استمرارية التعزيز وخصوصاً في بداية التعلم ثم نبدأ بتعزيز متقطع.
  - أن يكون التعزيز المقدم مرغوب من قبل الطفل.

- **أصناف المعززات:**

  - المعززات الغذائية: تشمل أنواع الطعام و الشراب التي يفضلها الفرد.
  - المعززات الاجتماعية: تتمثل في الابتسامة، و الإيماء بالرأس، و التصفيق و المصافحة، و التربيت على الكتف، وعبارات الاستحسان و الثناء.
  - المعززات النشاطية: النشاطات التي يحبها كمشاهدة التلفزيون، الخروج في نزهة.
  - المعززات المادية: الأشياء التي يحبها كالألعاب، القصص و الألوان.
  - المعززات الرمزية: كالنقاط أو النجوم أو الكربونات.

- **التجاهل:**

قد يجد الطفل المشكلات السلوكية راضية ومجزية عندما تكون نتيجتها أن

ينال ما يريد أو يحدث ما يرضيه، لذا إذا أراد المعلم التخفيف منها عليه أن يعمل على إلا تكون نتيجة هذا السلوك الحصول على مكافأة ويمكن أن يكفى تجاهل السلوك غير المرغوب للقضاء عليه ولكن يجب أن يحصل الطفل على أكثر من الإطراء و الاهتمام عند تصرفه بشكل جيد، وحين يتجاهل المعلم المشكلة السلوكية فإنها كثيراً ما تتفاقم قبل أن تتحسن.

والتجاهل هو محاولة محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله أي غياب التعزيز حتى ينطفئ هذا السلوك.

- **الإقصاء عن التعزيز:**

أحياناً لا يمكن تجاهل السوك غير المرغوب للتلميذ إذا كان هذا السوك خطراً أو مخيفاً له أو للأخرين عندها يجب إبعاد واحد من اثنين إما الخطر أو التلميذ نفسه ولكن دون أي مكافأة ترضيه.

ويتم الإبعاد في مكان يمكن أن نترك فيه التلميذ وحده بأمان ودون أي شيء يمكن أن يؤذيه أو أن يستمتع به، و المكان المثالي لهذا الإبعاد هو غرفة صغير بلا أثاث، جيدة الإنارة من خلال نوافذ عالية لا يمكن للتلميذ أن يكسرها أو يطل منها ويجب آلا يترك الطفل في مكان مخيف وكئيب فالابتعاد ليس عقوبة و الفكرة هي أن الطفل يجب أن يعرف إننا لن نكافئ تصرفه ويجب أن آلا يبقى التلميذ في مكان الإبعاد أكثر من ثلاثة دقائق.

ويعرف الإقصاء على أنه إجراء عقابي يعمل على تقليل السلوك غير المرغوب فيه من خلال إزالة المعززات الإيجابية مدة زمنية محدده بعد حدوث ذلك السوك مباشرة ويجب مراعاة النقاط التالية عند استخدام هذا الإجراء وهي:-

- أن تكون البيئة التي يقصى الطالب إليها غير معززة لسلوكه و إلا قد تعمل على زيادته بل قد يقوم التلميذ بالسلوك غير المقبول من أجل نقله إلى غرفة الإقصاء إذا كانت معززة أكثر من البيئة التي أقصى عنها.
- عدم الدخول في نقاش مطول مع التلميذ المرسل إلى غرفة الإقصاء بل

الاقتصار على تذكيره بما فعل وجزاء ذلك هو العزل في غرفة الإقصاء وفى حالة رفض التلميذ الذهاب إلى غرفة الإقصاء يجب تجنب قدر المستطاع أن يلجأ إلى أخذه بالقوة.

- عدم إطالة فتره الإقصاء عن عشر دقائق.
- الانتظام في تطبيق الإقصاء و الابتعاد عن العشوائية وتطبيقه حال حدوث السلوك وبدون تأخير حتى ولو أشتكى التلميذ في البداية أو قاوم ما يفعله المعلم.
- يتم شرح أسباب تطبيق الإقصاء علي الطفل.
- عدم إعادة التلميذ إلى البيئة التي أقصى عنها ما دام يمارس نفس السلوكيات غير المقبولة وفى حالة عدم نجاح الإقصاء لابد من إستخدام إجراء عقابي أخر.

- **تكلفة الاستجابة:**

تعنى أن قيام الطفل بالسلوك غير المرغوب فيه سيكلفه شيئاً معيناً وهو حرمانه أو فقدانه لبعض المعززات المجودة عنده، الأمر الذى سيؤدى إلى تقليل أو وقف السلوك غير المرغوب فيه في المواقف المشابهة له ويسمى هذا الإجراء بالغرامة.

ولكي يكون هذا الإجراء فاعلاً ومثمراً لابد من إتباع : توضيح طبيعة الإجراء للتلميذ قبل البدء بتطبيقه، وتحديد السلوك المراد تعديله أو تعزيز السلوكيات المرغوبة، و تقديم التغذية الراجعة بشكل فورى وذلك بهدف توضيح أسباب فقدان التلميذ للمعززات و تطبيق هذا الإجراء مباشرة أي بعد حدوث السلوك غير المرغوب فيه، والابتعاد عن زيادة قيمة الغرامة أو المخالفة تدريجيا لأن ذلك يؤدى إلى تعود التلميذ على الزيادة التدريجية و بالتالي يفقد الإجراء فاعليته، وعدم حرمان التلميذ من جميع المعززات التي في حوزته لأن ذلك سيؤدى إلى الإحباط وعدم نجاح الإجراء العلاجي.

- **التدريب على حل المشكلات**

حيث يعرض المعلم على الطفل مشكلة ما من واقع حياته الطبيعية تتعلق به أو بالمنزل أو الأقران أو المدرسة أو الأشقاء، وبمساعدته يتم تقييم المشكلة ووضع أهداف لها للعمل على حلها، ثم اقتراح حلول بديلة مناسبة لهذه الأهداف مع تعزيز الطفل وتشجيعه على إتقان خطواتها وتنفيذها خارج إطار العلاج ومن ثم تعميم التعلم حتى تصبح مهارة يستخدمها الطفل في حياته اليومية.

ويركز التدريب على مهارات حل المشكلات على العمليات المعرفية التي تكمن وراء السلوك غير السوى و القصور في الإدراك حيث يتم تدريب الطفل على التفكير العلمي الصحيح و استبعاد التخيلات غير المنطقية.

وتتكون من مجموعة من الخطوات التي يجب أن يتعلمها كل من الطفل و الآباء و المعلمين وهى :-

- وصف المشكلة و الأهداف الرئيسية.
- إقتراح مجموعة حلول بديلة للمشكلة .
- تقييم هذه الحلول في ضوء مدى الاستفادة منها في تحقيق الأهداف.
- تحديد و اختيار أفضل استراتيجية للحل.
- تقييم درجة النجاح في ضوء النتائج.

- **توجيه تعليمات واضحة فعالة:**

لكى يتمكن المعلم من إعطاء تعليمات واضحة وفعالة لابد أن يتجنب بعض الأمور ويستخدم أخرى فلابد أن يتجنب:-

- إصدار العديد من التعليمات في وقت واحد.
- إعطاء تعليمات مبهمة.
- يصرخ في الطفل عند طلب شيء.
- يحدد وقت غير مناسب للتعليمات.
- انتقاد أفعال كثيرة بسيطة من الطفل بما يتيح مجال للجدال و النقاش غير المنتهى.

ويجب أن يستخدم:

- استخدام اسم الطفل.
- إستخدام من فضلك.
- إعطاء التعليمات في صورة تقرير وليس سؤال.
- يحدد اتجاه معين.
- إستخدام صوت هادئ ولكن قوى ليس بالتماس أو تملق.
- النظر له عند توجيه تعليمات الثناء و المدح عند التنفيذ(١١٥).

- **الاستراتيجيات التي يتبعها المعلم مع التلميذ ذي اضطراب العناد المتحدي**

١- توجيه أسئلة إلى الطفل تتضمن دائماً اختيار من بدائل مقبولة.

٢- إعادة توجيه سلوك التلميذ : فعند تصحيح سلوك التلميذ ذو إضطراب العناد المتحدي يجب توجيه سلوكه بدلاً من إملاء ما يجب عليه أن يفعله أو أمره بالكف عما يفعله.

٣- مساعدته في تنظيم و استغلال الوقت، حيث أن التلميذ عاد ثائر وغاضب وقد يزيد انتهاء الوقت دون تنفيذ المهام المكلف بها من حدة ثورته وغضبه، لذا يجب إرشاده إلى مواعيد إستلام الأعمال المنتهية وكم متبقى من الوقت، ويمكن تنظيم جدول مهام له أو استعمال رسائل تذكير.

٤- تجنب التغيرات المفاجئة : حيث يتسم التلميذ ذو إضطراب العناد بالغضب و الانزعاج و الحساسية الزائدة و هذه الصفات تزداد حدة عند التغيرات المفاجئة وغير المتوقعة في الأحداث لذا يجب بقدر الإمكان التمهيد للتغيرات التي قد تحدث.

٥- ترقب المؤشرات و الأعرض الأولية التي تظهر على التلميذ عند الغضب و الانزعاج و العمل جاهدا على تهدئته قبل أن تزداد الأمور سوءاً.

٦- تكوين علاقة طية مع التلميذ حيث يفتقر الطفل ذو إضطراب العناد المتحدي للعلاقات الإيجابية للعلاقات الإيجابية مع الراشدين ويمكن تكوين هذه العلاقة من خلال الترحيب بالطفل، مقابلته بإبتسامة وبشاشه، الإهتمام بحاجاته، الإهتمام الشخصى به وبمشاكله.

٧- التلميذ يفضل بعض المواد عن الأخرى لذا يجب بقدر المستطاع ترتيب الجدول الدراسي بما يتلاءم معه.

٨- مراعاه مستوى قدرات الطفل لأن تقديم ما هو أعلى من مستوى قدرات التلميذ يصيبه بالإحباط ويزيد من مشاكله.

ويجب أن يتعامل المعلم مع إضطراب العناد المتحدي لدى التلاميذ بثبات وفاعلية مما يزيد من فرص خفض هذا الاضطراب ويتدرج هذا التعامل من التدخل غير اللفظي مثل الإهمال و التجاهل، الصمت، النظر ثم التدخل اللفظي مثل مناداة التلميذ باسمه، توجيه سؤال ثم الطلب من التلميذ الالتزام و أخيرا العقاب.

كما يرى البعض ان استراتيجيات عمل المدرس مع التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي تتشابه مع استراتيجية تعامل الوالدين مع الطفل لذا يجب أن تتضمن تكوين علاقات ايجابية مع الطفل مع الاهتمام بالمديح والثناء والتعزيز مع السلوك الإيجابي واستخدام الاقصاء في خفض السلوك غير المناسب .

فالمعلم هو مفتاح سعادة الطفل وفاعليته داخل المدرسة لذا يجب عليه ان يعمل على :

١- إقامة بيئة مدرسية مرغوبة ومحفزة وذلك من خلال :

- يبدى المعلم للطفل الانتباه والاهتمام ع العمل على احساس التلميذ بقدرته على النجاح .
- التكلم بهدوء مع التلاميذ .
- تجنب الصياح والتهديد والسخرية مع التلاميذ .
- تكوين صداقات مع التلاميذ على اساس من الحب والاحترام .
- يسمح بدرجة كبيرة من الحرية للتلاميذ .

٢- إجراءات الانضباط والعقاب الفعالة وذلك عن طريق :

- توجيه التلاميذ لكيفية اتخاذ القرارات السليمة .

- العمل على زيادة السلوك المرغوب من خلال التعزيز والثناء والمدح .
- العمل على خفض السلوك غير المرغوب من خلال والعزل والتجاهل وتكلفة الاستجابة .
- تجنب العقاب البدني، و العقاب هو رد فعل سلبى يتبع أي سوء سلوك فتقلل من حدوثة(١١٦).

ثانيا :دور الخدمة الاجتماعية المدرسية في التخفيف من حدة اضطراب العناد المتحدي لدي التلاميذ :

تعتبر المدرسة من اهم المؤسسات الاجتماعية التي اعدها المجتمع لتزويد الفرد بالخبرات والمهارات الاجتماعية الملائمة، والتي تسمح له بالتفاعل الايجابي مع البيئة التي يعيش فيها، وهي جزء اساسي وضروري من المجتمع الحديث، وتتميز المدرسة كبقية التنظيمات الاجتماعية بالديناميكية و التفاعل وهي سمة من سمات التخصص، و النواه التي افرزت النظام الاجتماعي التعليمي في مجتمعنا الحديث، والذي يمكن ان يحدد انماط السلوك الاجتماعي التي يتبعها افراد المجتمع في علاقاتهم و تفاعلاتهم .

وتعتبر الخدمة الاجتماعية إحدى المهن التي يستخدمها المجتمع من اجل مساعدة الافراد لا شباع احتياجاتهم و القيام بوظائفهم لمواجهه مشكلات الحياة المعقدة، وهي في سبيلها لتحقيق ذلك تستخدم عدة طرق يتم اختيارها حسب سمات هؤلاء الافراد و طبيعة المشكلات التي تواجههم(١١٧).

و للخدمة الاجتماعية في المدرسة دور هام في برامج الصحة النفسية خاصة في الجوانب الوقائية من الاضطرابات السلوكية لدي التلاميذ ، ولا يبدو هذا الدور في الخدمات المباشرة التي توجهه للتلميذ او الاسرة بل تبدو بصورة اوضح في الخدمات الاستشارية التي يقدمها الاخصائي الاجتماعي للتلميذ حول المواقف المختلفة التي تواجههم، سواء في المدرسة او المنزل او البيئة الخارجية، وهو حريص علي ان يعمل بالتعاون مع المعلمين فيقدم لهم تحليله و تفسيره

لمشكلات التلاميذ التي يتناولها، والاساليب التي يتبعها في عمليات إعادة التكيف الاجتماعي و الهدوء النفسي للتلميذ[١١٨] .

ويصبح وجود الخدمة الاجتماعية كمهنة مطلب حيوي و ضروري لرعاية هذه الفئة وذلك باعتبارها مهنة إنسانية تهدف الي مساعدة الاخرين سواء كانوا افراداً او جماعات لتحسين قدراتهم علي الاداء الاجتماعي و تقديم الخدمات الاجتماعية المختلفة، وطريقة العمل مع الجماعات كأحدي طرق الخدمة الاجتماعية تعمل في المجال المدرسي و تهدف الي مساعدة التلاميذ علي التعامل الامثل مع الاخرين و تنمية وعي القائمين علي رعايتهم بالاحتياجات الاساسية لهم و مشكلاتهم السلوكية و النفسية في مراحل نموهم و العمل علي حل هذه المشكلة من خلال انشطة البرامج المختلفة التي تعتبر وسيلة لمواجهة ما يتعرضون له من مشكلات[١١٩].

كما إن طريقة العمل مع الجماعات كإحدى طرق ممارسة الخدمة الاجتماعية قد نتجت عن الاعتراف الكبير باحتياجات الافراد في المجتمع و نتيجة ايضاً للخبرات اللازمة لا شباع تلك الاحتياجات، و لقد نمت طريقة العمل مع الجماعات كطريقة محددة بداية في المجالات الاجتماعية ومراكز المجتمع المحلي.

وتهدف طريقة العمل مع الجماعات كطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية إلي تنمية شخصية الفرد كعضو في الجماعة، مما يؤثر بالتالي في تحقيق نمو الجماعة و تغيير المجتمع . وتعتمد تلك الطريقة المهنية اعتماداً كبيراً علي التفاعل الجماعي باستخدام العلاقات المتبادلة بين الاعضاء [١٢٠].

حيث ينظم الافراد في الجماعات إما ارضاء لحاجتهم الي الانتماء الي الأخرين يشاركونهم الاهتمامات والميول، او تحقيقاً لهدف لا يسهل تحقيقه الا من خلال الانضمام للجماعة (الجماعات العلاجية)، إذ لا يوجد تفاعل اجتماعي بدون جماعة. فالتفاعل الاجتماعي هو تناول التنبيه و الاستجابة بين فردين او اكثر، والجماعة هي اي عدد من الافراد يشتركون في معايير (او قيم) معينة و تتداخل ادوارهم الاجتماعية او اوضاعهم ومواقفهم داخل الجماعة، بحيث إن اي تغير في إحداهما ينجم عنه تغيراً في الادوار الأخرى (تبادل التأثير و التأثر).

ومسائلة تكوين الجماعة غاية في الاهمية بالنسبة للعملية الجماعية في الجماعة بما تحتويه تلك العملية من لعب الاعضاء لا دوارهم في الجماعة مما يؤدي الي تحقيق الاهداف الجماعية، وهذا ينتج عن تكوين معايير خاصة بالجماعة، تلك المعايير التي تعطي درجة من النظام الوظيفي لكل جزء من الجماعة، وهذا يؤدي الي إشباع احتياجات كل عضو في الجماعة.

وتعتبر طريقة خدمة الجماعة اكثر الطرق حيوية في التعامل مع الافراد من خلال الجماعات المتعددة التي تشكل بهدف إشباع حاجات هامة لدي الفرد والتي تحاول إخضاع الفرد للجماعة وتنبيهه لقيمها و معاييرها و اتباعه لقواعد السلوك المقررة من الجماعة حتي يتحقق له إشباع هذه الحاجات .

وباعتبار ان الانسان كائن حي اجتماعي لا يستطيع ان يعيش بمعزل عن الاخرين، فهو دائم التواجد مع جماعات منذ بادية حياته و حتي انتهائها، ومن الحقائق التي اقرتها العلوم الاجتماعية و النفسية ان للجماعة تأثيراً كبيراً علي الفرد، و قد يكون هذا التأثير إيجابياً او سلبياً، وانطلاقاً من هذه الحقائق ظهرت طريقة العمل مع الجماعات كإحدى طرق الخدمة الاجتماعية التي تستخدم الجماعة الاجتماعية باعتبارها الاداة الرئيسية للعمل .

و تهتم خدمة الجماعة بالعمل مع الافراد الذين يعانون من مشكلات شائعة، وتقوم بالتأثير فيها من خلال الجماعة، فيقدم اخصائي خدمة الجماعة التشجيع و التسهيلات الكثيرة للجماعة، وفيها الحلول المختلفة للصعوبات التي تقابلها .

وللجماعة اهمية كبيرة و تأثير عظيم علي اعضائها بصفة خاصة وعلي البيئة بصفة عامة، حيث يتأثر بها الاعضاء، وانها تكشف عن الطريقة التي يحلون بها مشاكلهم، كما تؤثر الجماعة علي درجة طموح الفرد و كفاحه، ولها تأثير قوي علي أدراك العضو لنفسه و للدور الذي يقون به، كما تزود اعضائها بالقوي التي تساعدهم علي التعبير عن مشاعرهم و غالباً ما تؤثر علي ما يختاره الفرد في مواقف المفاضلة و الاختيار .

و تعترف طريقة العمل مع الجماعات بأهمية و أمكانية استثارة قدرات العضو وطاقته و مدي استثارتها بما يعود بالنفع علي العضو وجماعته، وان الافراد يمكن ان يساعدوا لينمو ويتميزوا في شخصياتهم و اتجاهاتهم نتيجة خبراتهم مع الاخرين، وان هذا التغير مرتبط بمدي توحد العضو بالجماعة .

وبواسطة الجماعة يستطيع الاعضاء ان ينمو و ذلك من خلال عملية التفاعل الاجتماعي التي تحدث بين الاعضاء في الجماعة، ومن خلال الالتزام بقيم الجماعة و معاييرها و نظامها.

حيث تعتبر الجماعة اكثر حرصاً علي النظام و اشد فاعلية في الوصول اليه من اي فرد اخر، ويرجع ذلك الي ان الجماعة اكثر قدرة علي فرد الضبط علي سلوك اعضائها من اي فرد يناط به سلطته(١٢١) .

أولا: العلاقة بين اغراض خدمة الجماعة و اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية:

يشكل الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي تحدياً كبيراً للمعلم داخل الفصل و الاخصائي بالمدرسة لما يتصف به سلوكهم من رفض لاتباع التعليمات وعدم احترم الاخرين والحركة الكثيرة ونوبات الغضب ولا يقتصر على ذلك وانما يمتد ليؤثر على نظام العمل ويتمثل في الفشل في انهاء الواجب المنزلي وانجاز الاعمال المكلف بها والمدرسة ويتمثل في الغياب والتأخر وعدم الالتزام بالقواعد والمعلم حيث مقاطعة حديثه وعدم الالتزام بتعليمات الكبار ومضايقة زملائه حيث الابتزاز والوعيد والتهديد(١٢٢)

و يعتبر اهم اغراض الجماعة هي مساعدة التلاميذ علي النضج و تنمية شخصياتهم و مقابلة حاجاتهم و تنمية قدراتهم و مساعدة التلاميذ من خلال تنمية شخصياتهم علي فهم سلوك زملائهم و كذلك غرس القيم و العادات التي تقلل من الانماط السلوكية الغير سوية عن طريق اتاحة الفرصة للتلاميذ بالتزود بالخبرات الجماعية و ايضاً تساعدهم علي التكيف الاجتماعي من خلال ممارسة الانشطة المختلفة مع زملائهم، ويعتبر غرس القيم الاجتماعية للتلاميذ للتخفيف

من حدة المشكلات الناجمة عن الاضطرابات السلوكية[١٢٣] ، كما من اهم اغراض خدمة الجماعة انها تراعي اداب السلوك و القوانين للأفراد ليتكيفوا مع زملائهم و تساعدهم علي الوقاية منها .

و تعتبر الجماعة وسيلة اساسية لا حداث التغيير في الافراد بحيث يتم من خلال الميكانيزمات الجماعية بشكل افضل إذا ما قورن بالعمليات الجماعية التي تتم بشكل فردي، فمن خلال الجماعة يتم مناقشة الاعضاء للمشكلات و التي من يعانون منها، وذلك عن طرق الانشطة الأخرى التي لها صلة بالسلوك المشكل و التي من شأنها ان تلغيه او تساعد علي إلغائه أو حتي التخفيف منه علي اقل تقدير.

فالجماعة تتيح الفرص لأعضائها ليتعرفوا علي بعضهم البعض من خلال احتكاك كل منهما بالأخر وهو ما ينتج عنه قدرتهم علي إقامة العلاقات فيما بينهم داخل الجماعة، وتعتبر الجماعات اسلوب للتربية والتدريب المهني النفسي و يمكن ان تسهل النمو النفسي الاجتماعي لدي التلاميذ، كما انها تزيد من الوعي لديهم، فإن الجماعة في بعض الاحيان تكون لها فائدة كبيرة في اجتماع التلاميذ من اعضاء الجماعة ذات العمر الواحد عن التعامل مع الانماط السلوكية الغير سوية مثل العناد المتحدي في المدرسة و خارجها.

وطريقة العمل مع الجماعات هي اسلوب لمساعدة الافراد علي التعرف علي مشاعرهم و قبولها و احترام مشاعر الاخرين، ويمكن ان نصف ذلك بمختلف الطرق و الاهداف و ان اساليب طريقة العمل مع الجماعات يمكن ان تستخدم من خلال المنهج الدراسي ومن خلال برامج التربية الاجتماعية التي يمكن ان تعتمد علي الافكار ودور الاحصائي الاجتماعي، كما ان المجال المدرسي من ضمن المجالات التي تعطي الفرصة لتنفيذ العمل مع الجماعات داخل بيئة يقبلها اولياء الامور و التلاميذ علي حد سواء .

وتسهم الطريقة بإعطاء الفرصة للأفراد لاكتساب وتنمية المهارات و القدرات، كالقدرة علي الابتكار و القيادة و التعبير عن الآراء و الافكار، والقدرة

علي حل المشكلات و غيرها، بالإضافة الي ما توفره الجماعة من فرص اختيار الاتجاهات و الفلسفات وتنميتها و تعديلها كذلك تعطي الجماعة للأفراد فرص المشاركة في عمل جماعي ناجح حيث يتحملون بعض المسؤوليات و يشعرون بأنهم اسهموا في التوصل الي تحقيق هدف معين .

وتؤمن هذه الطريقة بقدرة الجماعات علي التأثير في شخصية الفرد بما تتضمنه من عادات و سلوك و قيم و اتجاهات و خبرات فالفرد يكتسب صفاته الانسانية من خلال تفاعله مع الاخرين في الجماعات المختلفة(١٢٤) .

ثانيا: طريقة العمل مع الجماعات و اضطراب العناد المتحدي :

تعد طريقة العمل مع الجماعات مطلباً حيوياً لعلاج مشكلات التلاميذ السلوكية و إشباع احتياجاتهم من خلال توفير برامج لتخفيف حده المشكلات التي يمكن ان تنجم عن الاضطرابات السلوكية لتساعد هؤلاء التلميذ علي التكيف بأقصى ما يمكن .

وتحاول طريقة العمل مع الجماعات استثمار قدرات هؤلاء التلاميذ ليحققوا درجة مناسبة لفهم انفسهم، وفهم الاخرين و التفاعل معهم، والاحساس و التعايش مع المواقف الاجتماعية داخل الجماعة وخارجها، وتساعدهم علي التحرر من المشاعر السلبية التي تعوق أدائهم الاجتماعي، وتعمل علي تنمية المظاهر السلوكية الايجابية لديهم و دعمها، وتحقيق اقصي قدر من التوافق بين التلميذ و بيئته التي يعيش فيها، وكذلك توطيد العلاقة بينهم و بين اسرهم.

و تحاول ربطهم بالانساق الاجتماعية التي تمدهم بالإمكانات و الموارد و الخدمات و الفرص التي يحتاجون اليها و العمل علي تقوية تلك الانساق و دعمها حتي تتمكن من تأدية وظائفها بفاعلية متزايدة .

و لقد تعددت التعريفات التي تناولت مفهوم طريقة العمل مع الجماعات ونذكر منها تعرف " تريكر " Trecker الذي راي انها طريقة تساعد الافراد في انواع متعددة من الجماعات وذلك في مؤسسات مختلفة بمعرفة اخصائي اجتماعي

يوجه تفاعلهم في اوجه النشاط البرامج لكي يتواصلوا مع الاخرين و يمارسوا خبرات و فرص النمو بما يتفق وحاجتهم و قدراتهم بهدف نمو الفرد والجماعة و المجتمع المحلي لا قصي درجة ممكنة(١٢٥) .

كما يري " كيري ليفين " Kert Levin انه اذا اردنا تحقيق تغييراً عميقاً و مستديماً يجب ان ينم التعامل مع الفرد كعضو في جماعة، فالفرد كعضو في جماعة يسهل التأثير عليه و يكون اكثر مرونة (١٢٦).

بينما يري " رونالد توسيلاند " Ronaldان طريقة العمل مع الجماعات هي عبارة عن نشاط موجه ذات هدف فعال يستخدم مع الجماعات الصغيرة لمساعدة الافراد و الجماعات علي مقابلة حاجتهم النفسية و الاجتماعية و تحقيق اهدافهم وفق نشاط موجه لا عضاء الجماعة كأفراد و كجماعة.

وتعرفها جيزير كونويكا Gisela Konoka بأنهاطريقة من طرق الخدمة الاجتماعية ساعد الافراد علي تنظيم ادائهم الاجتماعي من خلال الخبرات الجماعية ولأحداث اكبر تأثير إيجابي علي شخصياتهم من اجل حل مشكلاتهم الشخصية .

ويوضح هذا التعريف انها :

- طريقة ومعنها الوسيلة لعمل شيء يركز علي تعظيم الاداء الاجتماعي من خلال استخدام الخبرات الجماعية .
- الهدف النهائي للطريقة يتمثل في المساعدة في حل المشكلات الشخصية و الجماعية والمجتمعية .

كما تعرفها ألين كليين بأنهاطريقة تستخدم لمساعدة الناس عن طريق الخبرة الجماعية كي يتحقق نموهم كأشخاص و لكي يستطيعوا الاسهام بطريقة مثمرة في إثراء حياة المجتمع .

ومن هذا التعريف يتضح :

- انها طريقة تستخدم الخبرة الجماعية في مساعدة الافراد .

- تهدف الي تحقيق النمو الشخصي الذي ينعكس بدوه علي نمو المجتمع[127]

ويعرفها محمد شمس الدين احمد بأنهاطريقة يتضمن استخدامها عملية بواسطتها يساعد الاخصائي الافراد اثناء ممارستهم لا وجه نشاط البرنامج في الانواع المتعددة من الجماعات في المؤسسات المختلفة لينمو كأفراد و كجماعة و يسهموا في تغيير المجتمع في حدود اهداف المجتمع وثقافته .

ويتضح من هذا التعريف انها :

⇐ طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية تمارس في مؤسسات مختلفة من بينها المدرسة وذلك من خلال جماعات متعددة .

⇐ تمارس بواسطة اخصائي الجماعه المعد إعداداً مهنياً لذلك.

⇐ تهدف الي نمو الفرد و الجماعة والمجتمع.

ومن استعراض التعريفات السابقة يمكن التوصل الي تعريف الطريقة في المجال المدرسي و ذلك من خلال النقاط التالية :

⇐ هي إحدى طرق الخدمة الاجتماعية تمارس في المجال المدرسي .

⇐ من خلال شخص معد إعداداً مهنياً متخصصاً (اكاديمياً وعملياً) يستخدم المعارف و القيم و المبادئ و المهارات من اجل التطبيق الامثل للطريقة .

⇐ يتضمن تطبيقها عملية ديناميكية تشتمل علي تفاعلات و تغيرات الوصول الي الاهداف المبتغاة و المتمثلة في احداث النمو الاجتماعي المرغوب بشتي اشكاله والمتضمن إكساب القيم و الاتجاهات و السلوكيات المقبولة .

⇐ تستخدم الجماعة كوحدة عمل لإيمانها بتأثر الجماعة علي الفرد.

ومن هذه التعاريف يمكن تحديد اهداف الطريقة فيما يلي :

وضع لوي Louy في عام ١٩٧٠ خمس مصادر اساسية لتكوين اهداف الطريقة وتشمل :

- القيم التي تقوم عليها .
- الاهداف الموضوعة فعلاً لممارستها .
- أهداف الجماعة نفسها باعتبارها وحدة العمل في الطريقة.
- اهداف اخصائي الجماعة كعضو في مهنة الخدمة الاجتماعية .

ومما لاشك فيه ان النمو الاجتماعي للتلاميذ هو الهدف الرئيسي لممارسة الطريقة في المجال المدرسي و يترجم هذا الهدف الي الاهداف الفرعية التالية :

(أ) القدرة علي التفكير الواقعي:

ويقصد بذلك قدرة التلميذ علي التفكير الذي ينطوي ويرتكز علي المعرفة العلمية التي تبحث وتتقصي الحقائق و تدرك الاسباب و المسببات لكل عمل، و التفكير العلمي هذا لا يكتسب، عن طريق التلقين فحسب و إنما يصقل عن طريق الممارسة الفعلية، وهذا ما توفره طريقة العمل مع الجماعات ... فالجماعة التي يساعدها الاخصائي الاجتماعي علي تهيئة مجالات التفاعل بين اعضائها (التلاميذ) اكثر قدرة علي إكساب اعضائها تفكيراً و اقعياً ينعكس علي ادائهم التحصيلي و الاجتماعي .

(ب) الايمان بالأهداف العامة المشتركة :

لا يستطيع المجتمع المدرسي ان يحقق درجة من النمو إذا لم تعمل عناصره المختلفة علي تحقيق اهدافه العامة المشتركة و الميل الي بذل الجهود للإسهام في تحقيقها لينمو عن طريق الانتماء الي جماعات لها اهداف مشتركة يدرب افرادها علي العمل معاً لتحقيقها.

فأعضاء الجماعة الذين يحددون اهدافاً لجماعاتهم بمعاونة الاخصائي ثم يسعون الي تحقيق هذه الاهداف بأن ينمي فيهم ذلك إيماناً بأهمية الاهداف التي يجب ان يعيشون في مجالاتها ومما لا شك فيه ان الايمان بأهداف معينه يعد حافزاً اساسياً للنهوض و التنمية لا نها تكون بمثابة القوة المحركة لنمو التلميذ في داخل الجماعة او مع الجماعة في تحقيق و وظيفتها في المساعدة في إحداث التغير و التنمية المنشودة .

(جـ) الميل الي التعاون مع الغير :

إن التعاون اتجاه نفسي ينمو تدريجياً مع الانسان في حياته وفي عمله و طريقة العمل مع الجماعات تهدف الي إكساب افراد الجماعة هذه الخاصية بقصد تدريب التلميذ علي التعاون مع الاخرين.

فإذا ما اكتسب التلميذ هذه الخاصية امكنه ان يعيش بفكر وممارسة تعاونية تنكي من اجتماعيتهم واقتصاداتهم المشتركة، فالتعاون هو اسلوب الفريق المتكامل في اداء عمل جماعي واحد يكون لكل تلميذ فيه دور يختلف عن دور غيره لتحقيق الغاية المشتركة، وطريقة العمل مع الجماعات تعمل علي توفير الخبرات الجماعية التي من شأنها تنمية الميول التعاونية بين التلاميذ اعضاء الجماعات و كذلك بين الجماعات المختلفة داخل المدرسة حتي يصبح التعاون نمط حياة التلميذ و ينعكس علي ممارسته المجتمعية.

(د) القدرة علي القيادة والتابعية :

إن طبيعة الحياة الانسانية لا تفترض ان يكون الفرد قائداً في كل المواقف او كذلك تابعاً بل انها تضع الفرد قائداً لغيره في بعض المواقف وتابعاً لغيره في مواقف اخري و لا يعني ذلك ان القيادة مسؤولية و التبعية لا تمثل مسؤولية وإنما لكل منهما مسؤولياته تلك المسؤوليات التي تجعل منها عملية متكاملة تؤدي الي تحقيق المسؤوليات الاجتماعية، علي ذلك فإن كل من القيادة و التبعية تمثل علاقات اجتماعية منتظمة القصد منها تحقيق عملية النمو الاجتماعي.

و تعتبر طريقة العمل مع الجماعات في المدرسة بيئة صالحة لتهيئة مثل هذه العلاقات التي تسمح بنمو القيادة والتبعية في المواقف و الظروف المختلفة، فليست القيادة و التبعية مجرد ان يقود الجماعة رئيس و يصبح باقي الاعضاء بالتالي مجرد توابع لهذه القيادة وإنما القيادة هي مسؤولية يقوم بها تلميذ من الجماعة اكثر قدرة علي تحقيقها ومادامت مسؤوليات الجماعة متعددة إذن فكل طالب فيها يشكل قيادة في موقف وتبعية في موقف اخر، وعلي الاخصائي الذي يعمل مع الجماعات ان يهيئ الفرصة التي تنمي القيادة و التبعية بما تتضمنه كل منهما من مسؤوليات .

(هـ) تقدير المسؤولية وتحملها :

تهدف طريقة العمل مع الجماعات الي اكساب التلميذ تقدير المسؤولية و تحملها وهي سمة لا ترتبط بسن معين و لكنها تكتسب بالتدريب عليها منذ الصغر و يخطيء من يعتقد ان هناك مراحل عمرية يعد فيها التلميذ ومراحل اخري العمر يتحمل فيها مسؤولياته الاجتماعية فكل مراحل العمر هي مراحل إعداد ومراحل مسؤولية في نفس الوقت فالطفل في المدرسة الابتدائية عندما يدرب علي تحمل المسؤولية هو في نفس الوقت قدراً علي ان يتحمل مسؤوليات تتفق مع قدراته في المرحلة السنية التي يجتازها .

لذلك فإن لطريقة العمل مع الجماعات دور هام في تهيئة مجالات تساعد علي اكتساب المسؤولية عن طريق نظمها و برامجها وتوزيع اعمالها علي اعضاء جماعاتها.

(و) احترام النظم العامة والعمل بموجبها:

تهيء طريقة العمل مع الجماعات الفرص و الخبرات التي تعمل علي غرس الاحترام في التلاميذ اعضاء الجماعة تجاه النظم العامة و كذلك معاونتهم علي العمل بموجب هذه النظم وتنميتها ومن امثلة هذه الفرص والخبرات عندما تقوم الجماعة بممارسة نشاط قد يكون رياضي فإن الاخصائي الاجتماعي يساعد التلاميذ علي الاعضاء علي تقبل القوانين التي تنظم هذا النشاط حتي يكتسب العضو هذه الخاصية و تنعكس علي انماط حياته العامة كما ان مساعدة الاخصائي للأعضاء علي تقبلهم الشروط و القيود التي تفرضها و ظيفة المؤسسة يساعد علي تحقيق الاهداف المنشودة .

(ز) احترام العمل والاقبال عليه:

يعتبر العمل ضرورة من ضروريات الحياة الاجتماعية ليس لان العمل يمثل إشباعاً مادياً فقط ولكنه ايضاً يمثل إشباعاً اجتماعياً هاماً و تقوم عملية التنمية علي العمل و الانتاج ولذلك فمن الضروري ان يزود التلميذ بالفرص الاجتماعية التي تساعده علي الاقبال علي واحترامه مهمه كان نوعيته واحترام

العمل و الاقبال عليه اتجاه نفسي ينمو في التلميذ خلال التجارب التي يعيشها فإذا حفلت هذه التجارب بما يدفعه و يشجعه علي العمل وفق طاقاته فإنه لابد وان ينشأ محباً للعمل مقبلاً عليه قادراً علي الانتاج.

ومن امثلة هذه الفرص و الخبرات عندما تقوم الجماعة بممارسة نشاط قد يكون نشاط رياضي فإن الاخصائي الاجتماعي يساعد التلاميذ الاعضاء علي تقبل القوانين التي تنظم هذا النشاط حتي يكتسب العضو هذه الخاصية و تنعكس علي انماط حياته العامة كما ان مساعدة الاخصائي للأعضاء علي تقبلهم الشروط و القيود التي تفرضها وظيفة المؤسسة و يساعد علي تحقيق الاهداف المنشودة.

(ي) الاحساس بالسعادة :

ويعتبر هذا الهدف من اهداف طريقة العمل مع الجماعات محصلة لارتباط التلميذ بالجماعة، وارتباط الجماعة ارتباطاً منظماً فالإنسان يشعر بالسعادة حين يدك انه يعيش مطمئناً في جماعة وانه مرغوب فيه من الاخرين و حين تنال تصرفاته تقدير المحيطين به كذلك حين يشعر بارتباط جماعته بالجماعات الأخرى وقدرتهم علي العمل المشترك[١٢٨].

ثالثا: أهمية الجماعة في حياة التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي :

تعتبر الجماعة هي المرأة الحقيقية التي يستطيع الفرد من خلالها تحقيق ذاته و قدراته وذلك بالانضمام إليها، والالتزام بأسسها و معاييرها المختلفة .

(و انضمام التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي في الجماعة عملية هامة)، حيث يقيم صدقات جديدة و متعددة عن طريق التفاعل الاجتماعي، ويكتسب الفرد المعايير الاجتماعية للسلوك، و يتعلم السلوك الاجتماعي المناسب، كما يتعلم الكثير عن الاخرين، وتنمو لديه المهارات و القدرات التي تعينه علي التفكير و التعبير عن النفس و القدرة علي مواجهه المشكلات، ويكتسب العضو الاتجاهات المرغوب فيها، وتتغير وتنمو فلسفة الحياة لديه، وذلك يكون بالاعتزاز اثناء

المشكلة الجماعية التي تمكنه من القيام بمسؤوليته و تتحقق له المكانـة الاجتماعيـة المناسبة فتجعله مواطناً صالحاً .

وللجماعة تأثير علي النمو الاجتماعي للفرد من خلال ما يلي:

١. يتمكن الفرد من تكوين الصدقات الجديدة المتعددة عـن طريـق التفاعـل الاجتماعي .
٢. يكتسب الفرد من خلال الجماعة المعايير الاجتماعية للسلوك .
٣. يتعلم الفرد من خلال الجماعة السلوك الاجتماعي المناسب .
٤. يتعلم الفرد الكثير عن نفسه وعن زملائه.
٥. يجد الفرد المتعة و الرضا في عمله مع الجماعة .
٦. تنمو مهارات الفرد بدرجة اكبر في حياته الجماعية[١٢٩] .
٧. تنمي تفكير الفرد وتعبيره عن نفسه و القدرة علي حل المشكلات .
٨. تكتسب الاتجاهات و تغيير و تنمو فلسفة الحياة و تتعدل وتكتسب القيم و تنمو المبادئ كنتائج للحياة مع الاخرين و عن طريق التفاعل الاجتماعي.
٩. يستمد الفرد قوة هائلة و شعوراً بـالأمن و الاطمئنـان و اشـباعاً لحاجتـه للانتماء الي الجماعة.
١٠. يكتسب الفرد قدرة علي تحمل المسؤولية و القـدرة عـلي احـترام الـنظم و القدرة علي التعاون و المشاركة الاجتماعية .
١١. يكتسب الفرد القدرة علي المساهمة في الحياة المجتمعية[١٣٠] .

رابعا: اوجه قصور المدرسة في الوقاية و الحـد مـن اضـطراب العنـاد المتحدي :

تعد المدرسة واحدة من اهم المؤسسات الاجتماعية المـسؤولة عـن عمليـة التربية في المجتمع حيث تلعب المدرسة دوراً لا يستهان به في تربية النشء تليهـا

المؤسسات الأخرى مثل جماعات الرفاق، النوادي أووسائل الاعلام، إلا ان المدرسة تمتلك من الوسائل و الاساليب ما يجعلها قادرة حقاً علي تربية النشء و تحقيق اهداف المجتمع(١٣١) .

(و بالنسبة لدور المدرسة في الوقاية و الحد من اضطراب العناد المتحدي)، نجد ان المدرسة ساعدت علي وقوع تلاميذها فريسة للأفكار السلبية التي لا تتفق مع المنطق و ذلك بسبب اسلوب التعليم الذي يعتمد علي التلقين من جانب المعلم و الحفظ و الاستظهار من جانب التلاميذ .

فإذا كان للتربية ابعاد ثلاث ترتبط مع بعضها البعض و هي البعد المعرفي الذي يهتم بنقل المعارف و الحقائق و البعد الوجداني الذي يهتم بغرس القيم و الاتجاهات و البعد المهارى الذي يهتم بتنمية المهارات أفإن المدرسة المصرية لم تهتم بأي جانب من جوانب التربية الثلاث إلا بالجانب المعرفي الذي يعتمد علي تقديم المعارف و المفاهيم المجردة، واهملت تماماً عملية غرس و تنمية الاتجاهات و القيم و المهارات، فلم يعد التلميذ قادراً علي التفكير المنطقي او كيفية التعايش مع الغير ومن ثم فقدت عملية التعلم اهم اركانها الاساسية(١٤٢) .

خامسا: دور الجماعات المدرسية في الوقاية من اضطراب العناد المتحدي بين تلاميذ المرحلة الابتدائية :

تتميز الجماعات المدرسية مجموعة من الخصائص التي تساعد اعضائها من التلاميذ في وقايتهم من اضطراب العناد المتحدي و هي ما يلي :

١ـ وضوح الهدف :

للجماعة المدرسية اهداف و اضحة و محددة بالنسبة لجميع اعضائها و يعمل الجميع علي تحقيقها . فهي ليست جماعات عشوائية تتخبط في برامجها و اهدافها و انشطتها و لكنها تنظيم هادف مقنن، كالتفوق الدراسي او الرياضي او علاج لعيوب معينة .

٢ـ التجانس :

يتم التجانس بين اعضاء الجماعة بالميل المشترك الي هواية معينة، هذا الميل

الذي تفرضه الاتجاهات السيكولوجية رغم عدم التجانس المطلق بين الاعضاء سنياً و اجتماعياً او تحصيلياً او عقلياً .

٣ـ الايجابية :

تعتمد جماعة المدرسة علي ايجابية الجماعة لتشارك في وضع البرامج و خطة التنفيذ ليكون دور الرائد الموجه و الناصح و المرشد لا ثراء التفاعل وتوجيهه بأساليب غير مباشرة .

٤ـ الحرية الاجتماعية (الحرية المقيدة):

وهي حرية ليست مطلقة تفرضها الاهداف التربوية للمدرسة وتمنح التلميذ درجات مختلفة من حق الاختيار و ان لم تمنحه حرية كاملة عند العبث بأهداف الجماعة .

٥ ـ التلقائية و المبادرة :

نشاط الجماعة المدرسية يتمز بمنح كافة الفرص للأعضاء بالتعبير التلقائي عن رغباتهم ومناقشتها بل وتفسح المجال لمبادراتهم الخلاقة تشجع علي الابداع و الابتكار .

٦ ـ الترويح والمتعة :

وهي الحصيلة النهائية لمجموعة الخصائص السابقة فكلها عوامل تبعث في نفوس اعضاء الجماعة الشعور بالسعادة و المتعة و البهجة و هي بدورها مظاهر إيجابية لتحقيق النمو الاجتماعي .

سادسا: كيفية تكوين الجماعات المدرسية وإدارتها :

أ- تتكون جماعة النشاط بوسائل مختلفة إما من المدرسة لتوفير خدمة او تحقيق هدف او بمبادرة خاصة من الاخصائي الاجتماعي او احد رواد المدرسة اومن الطلاب انفسهم.

ب- إذا اتفق هدف الجماعة مع اهداف المدرسة و اتجاهاتها يعلن عنها و خطط لبرامجها ويحددها روداها .

ت- ينظم الرائد جدول اجتماع الجماعة ورسم خطتها النشاطية و عرضها علي الاعضاء.

ث- يناقش الاعضاء الفكرة او الهدف خلال الاجتماع الاول و يراعي ان يتخلل الاجتماع برامج ترويحية كوسيلة للتعارف بين اعضاء الجماعة بعضها ببعض ثم تحدد الانشطة ومواعيد الاجتماعات و شروط الثواب والعقاب .

ج- ينتخب رئيس الجماعة و الوكيل و امين السر بالاقتراع المباشر و يفضل ان يكون سرياً ثم مسؤوليات كل منهم ليقرها الاعضاء .

ح- يفضل الا يتدخل الاخصائي في شئون الجماعة الا في الحالات التي يتطلب فيها تدخله وبهذا يكون قد استخدم صلاحيته لحماية الجماعة و افرادها كأن تتعرض الجماعة مثلاً او احد افرادها للخطر سواء كان في ذلك خطر علي الصحة و الحياة او خطر الوقوع في المشاكل او مأزق اجتماعية او قانونية .

خ- ان يقوم الاخصائي بمساعدة الجماعة في وضع خططها و تحديد اهدافها ورغباتها و قيادة برامجها و مراجعة مشاكلها بصورة واقعية كذلك مساعداتها علي تقويم اتجاهاتها و خططها.

د- ان يحفز الجماعة علي الابتكار و التجديد في خططها وبرامجها حيث يثير فيها الحيوية الدائمة (١٣٣).

سابعا: مقومات الجماعات المدرسية :

و لكي تصبح الجماعة ادارة فاعلة في تشكيل اعضائها يجب ان يتوفر لها اربع مقومات اساسية هي :

اولا : الاعضاء :

وهم عصب الجماعة ومحور انشطتها و العناصر المستهدفة للتقويم او للتدعيم او للتنمية وهم بفئاتهم العقلية ومهاراتهم الخاصة يشكلون انشطة

الجماعة و براجحها فهي برامج ترويحية تستهدف اللعب و المتعة للأفراد كما انها انشطة حماسية، هذا وتفضل احياناً بعض الجماعات الخاصة تحديد رسوم زهيدة للاشتراك ليكون بمثابة و ثيقة تعاقد للمشاركة في القيادة(١٣٤) .

ثانيا: رائد الجماعة:

وللرائد دور بالغ الاهمية في شديد الحساسية في نجاح الجماعة او تعثرها إذن صفاته الشخصية ومظهره العام و اسلوبه في الحياة و خبراته و خلقه العام و اتجاهاته وميولة والطريقة التي يتبعها في توجيه الجماعة وريادتها، يلعب دوراً هاماً في إثارة التفاعل البناء بين الاعضاء و نجاح براجحها التربوية .

و لذلك يجب ان تتوفر في الرائد الناجح بعض الصفات التي تكسبه حب الجماعة و تقديرها و ثقتها به و اهمها الاتي :

١. حبه للعمل مع التلاميذ داخل وخارج المدرسة .
٢. إتقانه للهواية او النشاط . الذي يمارسه اعضاء الجماعة علي قدر الامكان .
٣. تمتعه بروح المرح و الدعابة التي تشجع التلاميذ علي المشاركة الفعلية في الجماعة و تدفعهم الي التعبير الحر عن إرادتهم .
٤. تقبله اعضاء الجماعة كما هم لا كما يجب ان يكونوا .
٥. ان يكون قدوة اخلاقية يحتذي بها .
٦. استعداده الحماسي لتحقيق رغبات و ميول اعضاء الجماعة المشروعة .
٧. حماسته لمساعدة اعضاء الجماعة في المواقف التي يحتاجون فيها للعون و التدعيم بقلب مفتوح ورغبة صادقة .
٨. ثبات أسلوبه في المعاملة لجميع افراد الجماعة في تنفيذ مشروعاتها .
٩. قدرته علي تحمل مسؤولية الاشراف علي الجماعة برضي وارتياح .
١٠. ذكاء الرائد وحسن تصرفه خير معين له في نجاح ريادة الجماعة .

١١. تسامحه مع كل اعضاء الجماعة و عدم تكلفه في الحديث عامل هام في جذب الاعضاء حوله و الاستجابة لتوجيهاته .

١٢. القدرة علي تكوين علاقات مهنية سليمة مع افراد الجماعة ككل و معهم افراد الجماعة كأفراد.

١٣. يعتبر الرائد مصدر معلومات لا عضاء الجماعة ودوره هنا الاستماع لهم و الرد علي اسئلتهم بصراحة و بلغة سهلة بسيطة .

١٤. القدرة علي تكوين علاقات مهنية سليمة مع افراد الجماعة ككل و معهم افراد الجماعة كأفراد.

١٥. يعتبر الرائد مصدر معلومات لا عضاء الجماعة ودوره هنا الاستماع لهم و الرد علي اسئلتهم بصراحة و بلغة سهلة بسيطة .

١٦. القدرة علي تيسير امكانيات المدرسة و المجتمع المحلي لخدمة اهداف الجماعة.

و بجانب صفات الرائد الشخصية ومهاراته في البرامج التي تمارسها الجماعة فإن هناك طرقاً معينة لاستغلال مهارته التي تساعده علي تحقيق اغراض الجماعة وتنفيذ برامجها منها :

أ- تحليل المواقف المختلفة داخل الجماعة .

ب- الاشتراك مع الجماعة (العمل مع الجماعة و ليس من اجلها).

ت- التطور في البرامج وتنوعها .

ث- استغلال إمكانيات المدرسة و البيئة[١٣٥] .

ثالثا: البرنامج :

هو الذي يوضح و يحدد اهداف الجماعة و اساليب تحقيقها ولما كانت الجماعة المدرسية تختلف تبعاً لاختلاف اغراضها و اهدافها من جماعة الي اخري كذلك تختلف البرامج من جماعة الي اخري .

إلا ان هناك شروطاً عامة يجب مراعاة توافرها لنجاح البرنامج لأية جماعة مدرسية هي :

١. اشتراك الاعضاء بإيجابية في تخطيط البرامج اي تحديد الاهداف و اساليب تحقيقها و خطوات تنفيذها و بذلك تكون البرامج نابعة من الجماعة معبرة عن رغبات اعضائها .

٢. اشتراك اعضاء الجماعة إيجابياً في تنفيذ البرامج التي يضعونها .

٣. عند توزيع مسؤوليات تنفيذ البرنامج بين الاعضاء يراعي اشتراك اكبر عدد منهم و يكون العمل الذي يوكل عضو و الدور الذي يقوم به مناسباً لا استعداداته و قدراته حتي من النجاح فيه .

٤. مراعاة التدرج في البرنامج .

٥. مراعاة الامكانيات التي يمكن توفيرها حتي تكون البرامج قابلة للتنفيذ.

٦. وجوب مرونة البرامج التي تضعها الجماعة حتي يسهل تحقيق اهدافها .

٧. يجب ان يكون البرنامج له فائدة مباشرة حتي تشعر الجماعة باستمتاعها بهذه البرامج.

رابعا: تنظيم الجماعة :

يقوم الرائد بتكوين مجلس للجماعة من رئيس و امين سر و امين مساعد و يكون ذلك عن طريق الانتخاب ويتولى الرئيس(التلاميذ) إدارة جلسات الاجتماعات و هو المسؤول الثاني عن الجماعة بعد الرائد. وقد لا يعلم بعض اعضاء الجماعة بالمسؤوليات الملقاة علي عاتقهم فعلي الرائد ان يشرح لهم الاعمال المعروضة و المفروض القيام بها منهم.

و يعتبر التسجيل من اهم الوسائل الفنية التي يجب ان يتقنها امين السر ليمكن الرائد من مراقبة سلوك الاعضاء و قياس نموهم في الجماعة، كذلك دراسة الجماعة و قياس تتبع نموها [١٣٦].

ثامنا: الاسس التي يحب ان تراعي عند تكوين الجماعات المدرسية:

هناك مجموعة من القواعد و الاسس التي ينبغي علي الاخصائي الاجتماعي مراعاتها لتحقق الجماعة اهدافها و نذكر منها علي سبيل المثال:

١. التأكد من حاجة المجتمع لمثل هذه الجماعة وان تكون هذه الحاجة معبرة قدر الامكان عن رغبات انفسهم ومن البيئة التي توجد بها المدرسة مع مراعاة المستوي الثقافي و الاجتماعي الاقتصادي للتلاميذ و بيئاتهم.

٢. ان تكون الجماعة المدرسية و سيلة لتحقيق اهداف العملية التربوية ذاتها.

٣. ان تساهم الجماعة في ربط المدرسة بالبيئة من خلال الانشطة المختلفة و اجتذاب اولياء امور التلاميذ و المحيطين بهم للتعاون مع المدرسة .

٤. ان تساهم الجماعات في إكساب خبرات ومهارات جديدة للتلاميذ .

٥. مراعاة مراحل نمو التلاميذ ومدي مناسبة كل جماعة لكل مرحلة عمرية دراسية.

٦. انه يراعي إمكانية نشاط الجماعة المدرسية في الوقت المتاح لها حسب ظروف العمل الدراسي اليومي المثقل بالحصص و مدي توافر الاماكن لمزاولة النشاط .

تاسعا: انواع الجماعات المدرسية :

تختلف انواع الجماعات باختلاف الانشطة المحددة التي تقابل حاجات التلاميذ المختلفة .

و يمكن حصر اشكال الجماعات المدرسية فيما يلي :

اولا: الجماعة الفصل المدرسي :

وهي جماعة مكونة تلقائياً داخل كل فصل دراسي بريادة احد المدرسين وتضم جميع تلاميذ الفصل الو احد و رغم انها جماعة إجبارية الا انه يمكن استثمارها لتحقيق اهداف اهمها:

١. تنمي وتدعم العملية التعليمية وما يواجه التلاميذ من مشكلات تتطلب الحل الجماعي كالاستذكار الجمعي و حل مشكلات العمليات التعليمية وكذلك المشكلات الشخصية .

٢. جماعة الفصل مجالاً لتحقيق التلميذ لذاته لما تتضمنه انشطتها من تفاعل مشترك بين الاعضاء ورائدهم .

٣. تهيئ جماعة الفصل الفرصة لنمو القيم الاجتماعية، كالتعاون و المبادأة و التسامح و التكيف و نمو العقل الجمعي و الذات الاجتماعية[١٣٧] .

٤. للجماعة تأثير إيجابي علي معارف التلميذ و مدركاته الثقافية ففيها يتعرف التلميذ علي معايير الاخرين و قيمهم المتباينة تبعاً لانتماءاتهم البيئية من الريف او الحضر، او من ابناء الطبقة العاملة او الطبقات العليا .

٥. من انشطتها السمر و المباريات و المسابقات و الرحلات و المحاضرات .

ثانيا: الجماعات الثقافية :

كجماعة المحاضرات و المناظرات و الصحافة و المكتبة و الاذاعة و الادب و الموسيقي وما اشبه و التي تشكل من الراغبين من جميع الفرق الدراسية حسب هواياتهم وميولهم الخاصة .

ثالثا: الجماعات الاجتماعية :

و يمثلها النادي المدرسي و جماعة الخدمة العامة و الصحية و الجماعات العلاجية و هي تلك الجماعات التي يفضل الاخصائي لريادتها .

رابعا: الجماعات الرياضية :

وهي جماعات الفرق الرياضية المختلفة التي تستهدفها الخدمات الجماعية – لتنمية الكفاءة الرياضية – تنمية الكفاءة الذهنية و العقلية – تنمية المهارات البدنية – فضلاً عن التمتع بالنشاط البدني والترويجي و استثمار وقت الفراغ و ممارسة الحياة الصحية السليمة و تنمية صفات القيادة و تحمل المسؤولية و إتاحة الفرصة للمتميزين لا ظهار تبوغهم الرياضي في تشكيلات منظمة .

ومن امثلة الجماعات الرياضية : فرق الالعاب الفردية و الجماعية و العاب القوي و الكشافة و الجوالة، التمرينات الحرة، الفرق المائية .

و عادة ما يقوم نشاطها علي التدريب و المنافسة بين الفصول و الفرق او منافسة المدارس الأخرى .

خامسا: الجماعات الفنية :

و تتمثل في جماعات الموسيقي و الرسم و التصوير و التمثيل و ذلك لا ثراء الحس الجمالي لدي التلاميذ وتدعيم مهاراتهم الفنية ومواهبهم الخاصة .

سادسا: الجماعات العلمية :

و تمثلها الجماعات العلمية و الجغرافية و التاريخية و الاحياء و الطبيعة وما اشبه و عادة ما ترتبط خدماتها التربوية لزيادة مهارات التلميذ .

سابعا: النادي المدرسي :

يعتبر النادي المدرسي احد انواع النشاط الاجتماعي المدرسي الذي يخدم كلا من تلاميذ المدرسة و ابناء الحي و المجتمع الخارجي كأحد الوسائل التي تعتمد عليها المدرسة في تحقيق التنشئة الاجتماعية للتلميذ و ابناء الحي معاً فضلاً عن كونه ملائماً لممارسة النشاط الحرفي و الهويات في اوقات الفراغ التي تتخلل اليوم و مجال خصب لممارسة دور الاخصائي الاجتماعي فيما بعد اليوم الدراسي و ايام العطلة الدراسية الرسمية .

وللنادي المدرسي لائحة خاصة و جمعية عمومية ومجلس إدارة ورواد للأنشطة و اجتماعات منظمة . يمكن اعتبار النادي مجلس لتنسيق الخدمات المدرسية حيث انه مركز تجمع لجماعات النشاط المختلفة في المدرسة كالجماعات الرياضية، وجماعات المخيمات، والرحلات و المحاضرات، والتمثيل و الموسيقي و الرسم و الانشغال و الخدمة العامة الموجهة لخدمة المجتمع المحلي.

ثامنا: الجمعيات التعاونية المدرسية :

وهي إحدى الجماعات المدرسية التي تستهدف تدعيم الحس التعاوني بين

التلاميذ و التي تعني المدرسة بإنشائها من التلاميذ و ريادة احد اعضاء هيئة التدريس او ريادة الاخصائي الاجتماعي، ولقد انتشرت هذه الحركة في المدارس والكليات و امتد نشاطها فتأسست الجمعيات التعاونية المدرسية المركزية التي تضم وتخدم الجمعيات التعاونية للمدارس في المنطقة التعليمية الواحدة، وقد امتد النشاط التعاوني الي دعم الرابطة بين الآباء و المعلمين فأنشأت جمعيات تعاونية اخري للإباء و المعلمين ومن اهداف هذه الجماعة هي :

١. الجمعية التعاونية المدرسية اداة تعتمد عليها المدرسة في تحقيق رسالتها كما يعتمد عليها المجتمع في تحقيق اهدافه، فالتعاون المدرسي يحقق للتلاميذ نتائج تربوية عديدة في تكوين العادات الصالحة، و توجيه السلوك الجماعي السليم، واكساب التلاميذ مهارات تكوين علاقات اجتماعية و خبرات و معارف جديدة .

٢. تحقق الجمعية التعاونية غايات التعاون التربوي بين التلاميذ بعضهم البعض وبينهم و بين مدرسيهم ومن يتصلون بهم من افراد المجتمع و هيئاته و بالتالي يشعر التلميذ بولائه لجمعيته و لمدرسته و يحرص عليها و يحافظ علي كيانها مما يدعم ولائه لمجتمعه و قوميته .

٣. إتاحة الفرصة للتلاميذ للقيام بأعمال يميلون إليها فتكسبهم خبرات حياتية و تحمل المسؤوليات و تنظيم وإدارة الاعمال بها يقدمهم وينمي مداركهم و يعودهم القيام بأعمالهم بإيجابية و تحمل بالمسؤولية .

٤. تنمية العلاقات بين التلاميذ انفسهم و تدريبهم علي الاعتماد علي النفس و إنكار الذات و احترام النظم العامة و ممارسة الاسلوب الديمقراطي مع الايمان بفائدة التعاون المشترك و العمل الجماعي .

٥. تزويد التلاميذ بيا العضوية المفتوحة تمكن تلاميذ المدرسة من الاشتراك فيها و الحصول علي سهم او اكثر من اسهمها و فق رغبتهم وظروفهم و عادة ما ينتخب اعضاء الجمعية في بداية كل عام دراسي من يمثلهم في مجلس إدارة الجمعية الذي يدير شؤنها تحت إشراف المدرسة في حدود قانون و تنظيمات الجمعيات التعاونية المدرسية .

تاسعا: جمعيات الخدمة العامة المدرسية :

و هي من اكثر الجماعات ارتباطاً بالأهداف التنموية للمدرسة وتهيئة الظروف الملائمة لتنشئة التلميذ تنشئة صالحة كما تدربهم علي القيام بواجبهم نحو مدرستهم ومجتمعهم تأصلاً لقيمة المسؤولية الاجتماعية هذا ومن انشطة هذه الجماعات قيادة مشروعات خدمة الحي والبيئة الخارجية بل وتقوم هذه الجمعيات بخدمة المدرسة و فق احتياجاتها كجماعة النجارة وإصلاح الاثاث الخشبي و عمل الادوات المدرسية البسيطة وما تقوم به جماعة الكهرباء و الزراعة و غيرها من إنتاج يتفق و احتياجات المدرسة كما تشجع المدارس هذه الجماعات علي عرض منتجاتها التي تفيض عن حاجة التلاميذ ومدرسيهم بالجمعية التعاونية او في معرض المدرسة و بيعها للتلاميذ الراغبين بأسعار معتدلة. وتعتبر هذه الجماعة وسيلة هامة لا كساب التلاميذ مهارات اجتماعية و تربوية .

عاشرا: دور الاخصائي الاجتماعي مع الجماعات المدرسية :

يعتبر الاخصائي هذه الجماعات مجالاً خصباً لممارسة دورة في تنمية القدرات و صقل المواهب و اكتشاف القيادات و التنمية الاجتماعية للتلاميذ و لعل من اهم و واجبات الاخصائي ما يلي:

١. دراسة الرغبات و الاهتمامات لكل تلميذ لتحديد احتياجاته و هوياته .
٢. يحدد الاخصائي اوجه النقص في الخدمات و توفيرها لمقابلة حاجات التلاميذ ومشكلاتهم .
٣. إثارة التلاميذ للمشاركة و الانضمام الي هذه الجماعات .
٤. منح التلاميذ القيادين فرص مسؤولية القيادة و تفسير مسؤولياتهم .
٥. معالجة سلوكيات التلاميذ الغير سوية و حثهم علي الاشتراك الناجح في الحياة الجماعية .
٦. يفضل قصر ريادة الاخصائي لجماعات الخدمة العامة و التنمية الصحية و النادي المدرسي .

٧. يقوم الاحصائي الاجتماعي بوضع خطة نشاط كل الجماعات و توزيع ريادتها علي اعضاء هيئة التدريس بما يتفق وحاجات و قدرات و استعدادات وميول و مهارات لتلاميذ ويحدد لها ميزانيتها ويتابع تنفيذ برامجها و ينسق بين جهودها بما يحقق خلق العلاقات الاجتماعية السليمة و ينمي روح المسؤولية الاجتماعية بين التلاميذ و يعد التقارير الشهرية لتقديم نشاطها .

٨. يقوم الاخصائي الاجتماعي بتزويد اعضاء الجماعة بالخبرات و ذلك للتخفيف من (اضطراب العناد المتحدي) لديهم و تجاه معلميهم و اقرانهم وممتلكات المدرسة .

٩. يساعد الاخصائي اعضاء الجماعة علي إحساسهم بالمسؤولية و اهمية المدرس و المدرسة في العملية التعليمية .

و بناءاً علي ما سبق يمكن لا خصائي العمل مع الجماعات ان يحقق دوراً فعالاً في تخفيف اضطراب العناد المتحدي لدي التلاميذ من خلال الاتي :

١. ان الاخصائي هو القدوة و النموذج الذي يحتذي به اعضاء الجماعة حيث يوثر فيهم من خلال انماط سلوكية يسلكها هو شخصياً.

٢. يستخدم الاخصائي مجموعة من التكنيكيات التي يمكن خلالها تخفيف اضطراب العناد المتحدي مثل لعب الدور، المناقشة الجماعية، تغيير عواقب او نتائج السلوك و غيرها من التكنيكيات التي تساعده في تحيق هدفه.

٣. استخدام الاحصائي مجموعة من الانشطة التي يستطيع من خلالها تطبيق التكنيكيات التي يمكن من خلالها تخفيف اضطراب العناد المتحدي لدي اعضاء الجماعة .

٤. يركز الاخصائي علي فهم العلاقة الوظيفية بين البيئة التي يعيش فيها التلميذ و اضطراب العناد المتحدي حيث ان سلوك التلميذ ما هو الا محصلة لتفاعل التلميذ مع البيئة التي يعيش فيها.

٥. يعمل الاخصائي علي اخضاع الاضطراب داخل الجماعة و خارجها

للملاحظة و القياس و التسجيل و ذلك لتحديد مدي تأثير الانشطة الممارسة علي الاعضاء .

٦. يقوم الاخصائي بضبط السلوك داخل الجماعة عن طريق التفاعل الذي يحدث داخل الجماعة وذلك لتحقيق الاهداف التي يسعي إليها[١٣٨].

مجالات استخدام الجماعة وتأثيرها علي التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي :

تعمل طريقة العمل مع الجماعات علي استخدام إمكانيات الجماعة في مساعدة التلميذ علي النمو و في عمليات التغير و الوقاية و التكيف و التطور لكل من التلميذ و النسق المدرسي و المجتمع وهي في سبيلها لذلك تعمل علي الاستفادة من معطيات العلوم الاجتماعية تلك المعطيات التي تمثل نتائج البحوث و الدراسات الامبريقية في هذا المجال و يمكن الاخذ بالتقسيم التالي في مجال استخدام الجماعة .

- ❖ الجماعة كأداة للتأثير علي التلاميذ ذو اضطراب العناد المتحدي.
- ❖ الجماعة كأداة لحل المشكلات.

اولا: الجماعة للتأثير علي التلاميذ :

ويمكن توضيح دور الجماعة في هذا المجال من خلال العمليات و المجالات والمواقف التالية:

(أ) المساهمة في عملية التنشئة الاجتماعية :

ينظر الي عملية التنشئة الاجتماعية باعتبارها تحويل التلميذ من كائن بيولوجي الي كائن اجتماعي و يؤكد " كولي" Coly علي ان هذه العملية تعتمد علي الخبرات الاجتماعية التي يمر بها التلميذ و التي تؤدي الي تحقيق تكامله وتكامل المجتمع الذي ينتسب اليه وذلك من خلال اكتسابه القيم و المعايير و السلوك الاجتماعي المقبول من خلال تفاعله مع الاخرين اعضاء الجماعات التي ينتمي اليها .

(ب) اعادة تصحيح مسار عملية التنشئة :

ويتعدى مجال استخدام الجماعة من المساهمة في عمليات التنشئة الاجتماعية الي اعادة تصحيح مسارها حيث يؤكد كل من " كارتربت" و" هيلانكو " تأثير الجماعة في إعادة تنشئة بعض الافراد الذين لم تتوافر لهم التنشئة الاجتماعية السليمة نتيجة معاناتهم من بعض الاضطرابات السلوكية و المشكلات النفسية او الجسمية او الاخلاقية ولم يتحقق لهم نمواً اجتماعياً و نفسياً سليماً.

(جـ) التوحد وفكرة الفرد ذاته:

تعتبر الجماعة هي المرأة الحقيقية التي يستطيع التلميذ من خلالها إدراك ذاته وتوحده معها ومع قيمها و قد اكد كل من " مانيس " و" سيزر شيرمان" علي ان التلميذ عندما ينضم الي احدي الجماعات فإنه يعمل علي التنازل علي العديد من الاشياء التي تؤدي الي حدوث توازن داخل الجماعة حيث انه يسلك السلوك المتوقع منه لدي الاعضاء و يعمل باستمرار علي سلوكه بما يتوافق مع قيم الجماعة ومن ثم علي توحده معها.

(د) التعليم والتعلم:

من النتائج العامة التي توصلت اليها العلوم الانسانية في الجماعات عملية التعليم و التعلم تصبح اكثر فاعلية و اكثر ثباتاً باستخدام الجماعة حيث توصل " جاردنز " من خلال احدي الدراسات التي اجراها ان إتاحة الفرصة للتلميذ للقيام بمناقشة جماعية تساعد علي ارتفاع معنوياتهم وتجاوبهم ومشاركتهم الوجدانية ومن ثم تحقيق اهداف عملية التعليم و التعلم .

(هـ) تعديل وتغيير القيم والمعتقدات و الاتجاهات :

يري " هاري" ان الجماعة هي تستطيع وضع الحدود وضبط سلوك اعضائها وقد يمتد تأثير الجماعة علي اعضائها من التلاميذ في حالة إشباعها لحاجات التلاميذ وانه أذا اتفقت قيم التلاميذ وهدافة الجماعة فسوف يحظى سلوكه بالقبول من جانبها اما اذا حدث العكس فإن عليه ان يختار إحدى هذه الخيارات .

- ان يمتثل للجماعة و يغير من قيمه .
- ان يظل مصراً ومتمسكاً بقيمه ومن ثم تحدث الصرعات .
- ان ينسحب من الجماعة ويبحث عن جماعة اخري .

(و) تعديل وتغيير السلوك :

ولا يختلف الامر كثيراً في هذا الصدد عن ما تم تناوله بالنسبة لتعديل السلوك و تغيير القيم و المعتقدات والاتجاهات ويمكن بيان ذلك في استخدامات الجماعة من خلال الاستفادة من تجارب "كيرت ليفين " في تعديل السلوك الانحرافي و الاتكالي .

ثانيا : الجماعة كأداة لحل المشكلات:

اثبتت العديد من الدراسات ان النتائج التي تتوصل اليها الجماعة بالنسبة لحل مشكلاتها اكثر جدوي من نتائج الاعضاء فرادي وذلك للأسباب الاتية:

⇐ إن المناقشات الجماعية لا عضاء الجماعة تساعد علي ظهور العديد من الحلول البديلة .

⇐ كما انها تساعد علي التقليل من الاخطاء العشوائية .

⇐ تساعد علي التوصل الي القرار المتفق عليه من جانب غالبية الاعضاء مع ملاحظة الاخذ في الاعتبار ان الجماعة كانت ذات فعالية في بعض الاحيان في تناول و علاج المشكلات وفي احيان اخري قد تصبح عديمة الفاعلية وذلك تبعاً لعوامل عديدة منها نوعية المشكلة و خصائص اعضائها ومستوي نضج الجماعة.

ومن خلال ما سبق يمكن تناول تأثير الجماعة فيما يلي :

١. تتأثر الطريقة التي يتعلم بها التلميذ و سرعة تعلمهم واسلوب تناولهم المشكلات بالجماعة التي ينتمون اليها داخل المجتمع المدرسي وكلما ذادت المشاركة زاد التعلم .

٢. تؤثر الخبرات الجماعية الي تعديل العادات السلوكية للتلاميذ وكذلك العادات الخاصة بالعمل ايّ كان نوع العمل الذي يؤديه .

٣. ان الجماعات تتجه لتزويد الطلاب بالقوي السيكولوجية ومساعدتهم للتعبير عن ذاتهم ومشاعرهم الايجابية والسلبية و يظهر هذا الجانب عندما يكون التلميذ كطلوب منه ان يتقبل ويتكيف لبعض التغيرات في المواقف المختلفة سواء داخل المدرسة او في المجتمع الخارجي.

٤. تؤثر الخبرات الجماعية بدرجة كبيرة علي فكرة الطالب عن نفسه وعن دوره في موقف معين وبناءاً علي ذلك فإنه يستطيع ان يفهم الاخرين.

٥. تؤثر الجماعات علي تشكيل اتجاهات التلاميذ وكذلك علي طريقة توجهاتهم للمواقف الاجتماعية المختلفة .

٦. تؤثر الخبرات الجماعية علي تغيير مستوي طموح التلميذ، فأهداف التلميذ عضو الجماعة تعتمد بدرجة عالية علي مستويات الجماعة، كما ان انجاز هذه الاهداف يرتبط بالمدي الذي تسلكه الجماعة كلها في التحرك نحو هذه الاهداف .

٧. ان الجماعات دائماً ما تتجه الي للتأثير علي اختيارات الطلاب وذلك عندما يكونون في مواقف المفاضلة و الاختيار و تعتبر هذه الاختيارات اساسية للنسق القيمي للتلميذ و المبادئ التي اكتسبها من الجماعة .

٨. للجماعة تأثيرقوي علي سرعة التلميذ ودقته وانتاجه في مواقف العمل المختلفة سواء كان هذا كان مرتبط بالتحصيل او لي عمل يكلف به .

٩. للجماعة تأثير قوي علي شعور التلميذ بالخوف او الاحباط نتيجة عدوي السلوك و كذلك علي سرعة التخلص منهما اذا وجد ذلك الامن الذي توفره له وهو احدي وظائف الجماعة .

تتجه الجماعة لوضع الحدود لدوافع التلميذ للنفوذ كما انها تساعد علي ايجاد حلول للصراع الذي يقع فيه في بعض الاحيان نتيجة لذلك[١٣٩].

دور الأخصائي الاجتماعي مع فريق العمل المدرسي في التخفيف من حدة اضطراب العناد المتحدي لدي التلاميذ :

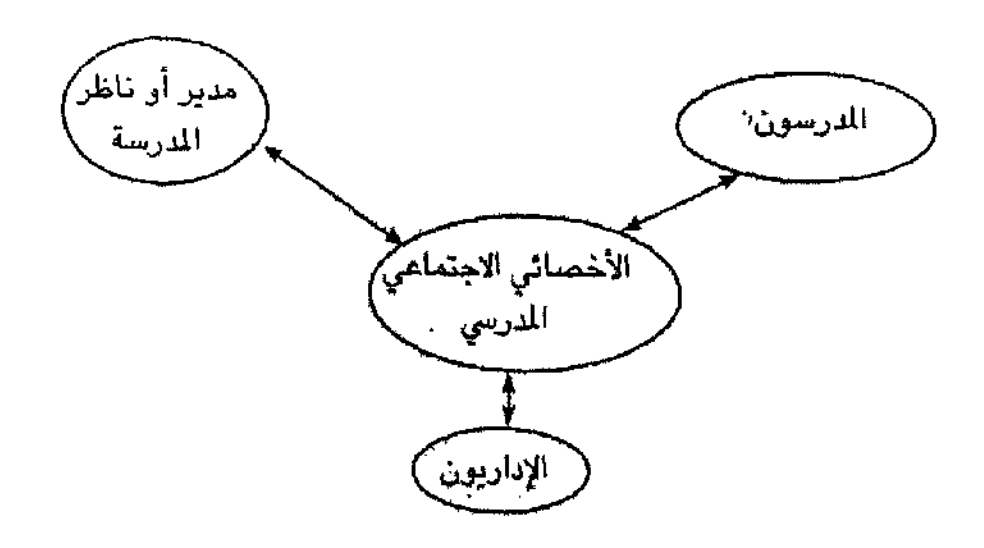
يشكل الأطفال ذوى اضطراب العناد المتحدي تحدياً كبيراً للأخصائي لمعلم داخل و الفصل لما يتصف به سلوكهم من رفض لاتباع التعليمات وعدم احترم الاخرين والحركة الكثيرة ونوبات الغضب ولا يقتصر على ذلك وانما يمتد ليؤثر على نظام العمل ويتمثل في الفشل في انهاء الواجب المنزلي وانجاز الاعمال المكلف بها والمدرسة ويتمثل في الغياب والتأخر وعدم الالتزام بالقواعد والمعلم حيث مقاطعة حديثه وعدم الالتزام بتعليمات والتلاميذ حيث الابتزاز والوعيد والتهديد[١٤٠].

يمارس الاخصائي الاجتماعي في مختلف المدارس ادوار مهنية متعددة يسعي من خلالها الي تحقيق اهداف متنوعة يأتي في مقدمتها مساعدة التلاميذ علي التحصيل الدراسي، ووقاية التلاميذ (من الاضطرابات السلوكية) و علاجهم من المشكلات المتعددة التي قد تواجههم و التي قد تعوق أدائهم الاجتماعي و تعوق تحقيق اهداف التنشئة الاجتماعية داخل المدارس بصفة عامة، كما تهدف ممارسة الاخصائي الاجتماعي الي تحسين نوعية الحياة داخل بيئة المدرسة حتي تتحقق اعلي معايير الجودة في جميع الخدمات و الممارسات المهنية التي تقدمها المدرسة .

وتتعدد المشكلات التي تواجه التلاميذ في المدارس فمن حيث العوامل توجد مشكلات ذات عوامل بيئية أكثر منها ذاتية، كما توجد مشكلات ذات عوامل ذاتية اكثر منها بيئية، وتوجد مشكلات ذات عوامل مشتركة، ومن حيث درجة تعقيد المشكلات توجد مشكلات بسيطة و اخري معقدة [١٤١] ولا يعمل الأخصائي الاجتماعي في المجال المدرسي منفرداً، بل يسعى إلى المساهمة في تحقيق أهداف النسق التعليمي من خلال التعاون مع التخصصات الأخرى العاملة بالمؤسسة التعليمية باعتباره عضواً من أعضاء فريق العمل في هذا المجال.

ويتمثل التعاون في إطار عمل الفريق فيما يقدم من جهود تعاونية بين

الأخـصائي الاجتماعـي و كـل مـن : مـدير أو نـاظر المدرسـة، و المدرسـين، و التخصصات الأخرى داخل المدرسة.



الشكل (١٦)

عمل الفريق داخل المدرسة

أ-العمل مع المدرسين:

يعتبر التعـاون الوثيـق و العلاقـة القويـة بـين الأخـصائي الاجتماعـي و المدرسين بمثابة جواز المرور لنجاح عمل كل منهما . كما أن المسئولية المباشرة في إعداد التلميذ كمواطن صـالح تقـع ضـمن مـسؤولياتها كـما تعـاونهما مطلـب جوهري لعلاج المشكلات و الصعوبات الفردية التي تواجه التلاميذ، حيـث أن الأخصائي الاجتماعي يجب أن يستعين بمشورة المدرسين حول أسـاليب تـوفير مناخ يتاح فيه الحرية لهم، ويكون حافزا لهم للتعليم.

كما ان وجود الأخـصائي كعنـصر مـساعد للمـدرس أصـبح ضرورة يمليها الواقع، حيث إن ازدحام الفصول بالتلاميذ لا يمكن المدرس من الوصول إلى الغاية الفردية اللازمة بتلاميذ الفصل، كما أن كثيرا ما تكون جذور المشكلات التي تواجه التلاميذ أعمق من مظاهرها، مع عـدم إنكـاران الفـصل هـو الـذى

يعطى الفرصة لملاحظة التلميذ من حيث جوانب القوة و الضعف و الصفات المميزة لأنماطه السلوكية، فالتلميذ المضطرب يتكشف بسرعة أمام مدرسي الفصل، و من ثم يمكن أن يحول للأخصائي الاجتماعي و الحالة في مراحلها الأولى.

و من ناحية أخرى يحتاج الأخصائي الاجتماعي لمعاونة المدرس في معظم خطوات عمله، سواء ما يتعلق منها بالدراسة أو العلاج، فقد يلاحظ المدرس سلوك التلميذ في الفصل الدراسي، وقد يشتركا معاُ في تنفيذ خطة العلاج التي قد تتضمن استثارة قدرات التلميذ ليصبح أكثر استقلالاُ، أو ان يتفق على معاملة خاصة في الفصل الدراسي أو تكليفه ببعض الأعمال المدرسية و الإشراف عليها أو توضيح احتياجات التلميذ من رعاية خاصة أو حنان أو شعورة بالأمن ليكون تعامل المدرس معه مشبعا لهذه الاحتياجات.

وقد تتضمن مساعدة الأخصائي الاجتماعي للمدرس معاونته على تفهم جانب أخر من شخصية التلميذ او تقبله بحالته الراهنة وتفهم دوافع سلوكه، وهنا يصبح المدرس أكثر تحملا لبعض أنواع السلوك التي كانت تبدو له أمرا لا يمكن احتماله، كما أن الفصل الدراسي يمكن أن يستخدم لتقديم العلاج المحيطي الذى يحقق قيمة للخطة العلاجية.

وإذا كان الموقف متعلقا بسوء العلاقة بين المدرس و التلميذ فإن الأمر يستدعى تدخل الأخصائي الاجتماعي لإحداث تغير ما في الموقف ويجب أن يهتم الأخصائي في المقام الاول بوجهة نظر المدرس بالنسبة للموقف ولا يمكن – بالتالي – تقديم المساعدة إلا بعد أن يبدى المدرس مدى تفهمه للموقف.

ب ـ العمل مع ناظر المدرسة

لا يمكن للأخصائي الاجتماعي أن يحتل مكانه خاصة بين التخصصات العاملة في المدرسة، ولا يمكن أن تحظى أعماله باحترام الأخرين و اعترافهم دون

أن يتفهم ناظر المدرسة قيمة جهوده و يقدم له كل معاونة ممكنه، وهذه المعاونة لن تتوفر إلا إذا كان الناظر ملما بحقيقة ادور الذى يؤديه الأخصائي وحدود هذا الدور.

وقد يحتاج الأخصائي الاجتماعي في بعض الحالات لعقد اجتماع مع كل من المدرس و الناظر للنظر في هذه الحالات الخاصة و للتشاور في رسم خطط علاجها.

ويجب أن يستعين الأخصائي الاجتماعي بمشورة ناظر المدرسة في عمل مشترك لبناء خطة الخدمات الاجتماعية داخل المدرسة، وطلب مساعدته في تنمية علاقة عمل تعاونية مع المؤسسات المجتمعية و للمساعدة في عمل إطار سياسة مدرسية لها تأثيرها المباشر في رعاية التلاميذ.

كما أن اشتراك الناظر في دراسة مشكلات التلاميذ يجعله أكثر حساسية لهذه المشكلات ويدفعه إلى تأييد الأخصائي الاجتماعي في عملة، كما أن مساهمته في تنظيم الخدمة الاجتماعية يجعله يشعر أن مدرسته تقوم بنصيبها من تأدية المسؤولية الملقاة على عاتقها في تنمية شخصية التلميذ مما يدفعه أكثر للتعاون مع الأخصائي الاجتماعي لتحقيق مزيد من أهداف الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي.

ج- العمل مع بقية التخصصات بالمدرسة :

قد يستدعى علاج بعض الحالات الفردية استثمار إمكانيات المؤسسة التعليمية، مثل إلحاق التلميذ بالجماعات المدرسية كالجماعات العلمية، و الهوايات، و التادي المدرسي ....إلخ .

للاستفادة من أوجه نشاطها المتاح داخل المؤسسة التعليمية، وهذا يتطلب تعاونا تاما مع القائمين على أمر هذه الأنشطة.

وقد يستدعى الأمر قيام الأخصائي بتحويل بعض حالات التلاميذ للأخصائي النفسي أو الطبيب لحاجتهم لخدمة مثل تلك التخصصات.

كما قد يقوم طبيب المدرسة أو المرشد أو مشرف النشاط بتحويل بعض التلاميذ للأخصائي الاجتماعي وفى هذه الحالة يسعى الأخصائي لمساعدتهم في استجلاء بعض نواحي المشكلات التي من أجلها تم تحويل التلميذ إليه.

كما يمكن للأخصائي الاجتماعي الاستعانة بكل التخصصات الموجودة بالمؤسسة التعليمية للتعرف على مدى التقدم الذى يحرزه التلاميذ الذين يعانون من مشكلات نتيجة ما يبذل معهم من جهود علاجية في سبيل مساعدتهم على مواجهة مشكلاتهم.

مراجع الفصل الثالث

(1) Commonwealth of Virginia: collection of evidence – based treatment rded ، modalities for children and adolescents with mental health treatment needs ، Virginia ، Richmond ،. (2008) ،p 101.

(2) Matthys ، W.& Lochman ، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken ، New Jersey: Wiley. . (2010).

Carr ، A :Family therapy: concepts process and practice. 2Nd Ed New York: Wiley. . (2006).p93.

(3) Carr ، A :Family therapy: concepts process and practice. 2Nd Ed New York: Wiley. (2006).p93.

(٤) علاءالدينكفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظورالنسقي الاتصالي. ،القاهرة، دارالفكرالعربي ، ١٩٩٩، ص٢٨٩.

(5) (٥Goldenberg ، H.& Goldenberg ، I. Family Therapy An Overview. 7thed ، Belmont: Brooks Cole. . (2008) ،p310.

(6) Nelson ، W.; Finch ، A.& ghee ، C.: Anger Management with Children and Adolescents Cognitive-Behavioral Therapy. In: Kendall ، P. ،C. (Ed.) Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedure (114- 165). New York: Guilford Press. . (2005) ، p114:115.

(7) Nelson ، W.; Finch ، A.& ghee ، C.: Anger Management with Children and Adolescents Cognitive-Behavioral Therapy. In: Kendall ، P. ،C. (Ed.) Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedure (114- 165). New York: Guilford Press. . (2005) ،p122 .

(8) Nelson ، W.; Finch ، A.& ghee ، C.: Anger Management with Children and Adolescents Cognitive-Behavioral Therapy. In: Kendall ، P. ،C. (Ed.) Child and adolescent therapy: cognitive-

behavioral procedure (114- 165). New York: Guilford Press. . (2005) ،p125:124.

(9) Dowd ، M. & Tierney ، J. a : A Step-by-Step Guide to 182 Basic to Complex Skills plus Helpful Teaching Techniques. 2Nded ، Nebraska: Boys Town Press . (2005) ،p1.

(١٠) عبد الحليم محمود السيد واخرون: علم النفس الاجتماعي المعاصر. القاهرة، إيتراك للنشر والتوزيع، (٢٠٠٣)، ص١١٧.

(١١) لجنة التعريب والترجمة أساليب معالجة الاضطرابات السلوكية. الإمارات، دار الكتاب الجامعي، (٢٠٠٧)، ص٨٧.

(12) Moore ، K.& Patterson ، G.: Parent Training. In W ، O 'Donohue ، J. E. Fisher. (Eds) ، Cognitive behavior therapy : applying empirically supported techniques in your practice (383-389). Hoboken ، New Jersey: Wiley. (2008).p503.

(13) Frankel ، F.& Feinberg ، D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. Child Psychiatry and Human Development ، 33 (2) ، . (2002) ،p 141.

(14) Friedberg ، R.& McClure ، J. Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents:the nuts and bolts. New York: Guilford Press. (2002).p283.

(15) Commonwealth of Virginia: collection of evidence – based treatment rded ، modalities for children and adolescents with mental health treatment needs ، Virginia ، Richmond ،. (2008) ، p103.

(١٦) عزة محمد عبد السلام :مهاراتالاتصال، مركزتطويرالدراساتالعلياوالبحوث كليةالهندسة – جامعةالقاهرة، (٢٠٠٧)، ص٤٦.

(١٧) فلاح محروت البلعاسي العنزي : علم النفس الاجتماعي، ط٢، الرياض ، مطابع التقنية للأوفست(٢٠٠٠)، ص ص٢٨٣:٢٩٧.

(١٨) عزة محمد عبد السلام :مهارات الاتصال، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث كلية الهندسة – جامعة القاهرة، (٢٠٠٧)، ص ص٤٦:٤٧.

(١٩) سهير محمود أمين: فن التفاوض مع الأبناء (أنت تقول نعم.....أنا أقول لا)، القاهرة، دار الفكر العربي ، (٢٠١٠ ب)، ص١٦٠.

(٢٠) علاءالسدينكفافي :الإرشاد والعلاجالنفسيالأسري؛المنظورالنسقيالاتصالي. ،القاهرة، دارالفكرالعربي ، ١٩٩٩، ص٣٠٥.

(21) Matthys، W.& Lochman، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).p129.

(٢٢) محمد إبراهيم عيد : مقدمة في الإرشاد النفسي. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، (٢٠٠٦)، ص٥١.

(23) Matthys، W.& Lochman، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).p130.

(24) Danforth، J. Training: Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In Briesmeister، J.، M.& Schaefer. C.، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken، New Jersey: John Wiley. (2007).p355.

(٢٥) علاءالدين كفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظور النسقي الاتصالي. ،القاهرة، دار الفكر العربي ، ١٩٩٩، ص٣٠٩.

(26) Moore، K.& Patterson، G.: Parent Training. In W، O 'Donohue، J. E. Fisher. (Eds)، Cognitive behavior therapy : applying empirically supported techniques in your practice (383-389). Hoboken، New Jersey: Wiley. (2008).p583.

(27) Thyer، B.&Wodarski، J.. Social work and mental health: An evidence-based approach. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2007)، p p124:123.

(28) Sadock، B.& Sadock، J. : Kaplwn& Sadock's concise textbook of child and adelescent psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins. . (2009) ،p95.

(29) Matthys، W.& Lochman، J.: Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).

(30) Kazdin، A : Cognitive problem - solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In. Weisz، J. R.& Kazdin، A. E. (Eds)، Evidence Based Psychotherapies For Children And Adolescents.(211-226)، New York: Guilford Press. . (2010).p212.

(31) Nixon، R.; Sweeney، L.; Erickson، D.&Touyz، S. :Parent–Child interaction therapy: A comparison ofstandard and abbreviated treatments for oppositional defiantpreschoolers. Journal of Consulting and Clinical Psychology ،71 (2)، (2003). 251–260.

(32) Frankel، F.& Feinberg، D :Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. Child Psychiatry and Human Development، 33 (2)، . (2002). 125-146.

(33) Friedberg، R.& McClure، J: Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents: the nuts and bolts. New York: Guilford Press.(2002).p269.

(٣٤) علاءالدين كفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظور النسقي الاتصالي. ، القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩٩، ص ٢٨٩.

(٣٥) لجنة التعريب والترجمة أساليب معالجة الاضطرابات السلوكية. الإمارات، دار الكتاب الجامعي، (٢٠٠٧)، ص٣١.

(٣٦) علاءالدين كفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظور النسقي الاتصالي. ،القاهرة، دار الفكر العربي ، ١٩٩٩، ص ٢٩٨.

(37) Ducharme، J : Success-Based، Noncoercive Treatment of Oppositional Behavior. In Briesmeister، J.، M.& Schaefer. C.، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken، New Jersey: John Wiley. (2007).p270.

(38) Matthys، W.& Lochman، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).p133

(٣٩) خولة احمد يحيي : الاضطرابات السلوكية والانفعالية. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، (٢٠٠٠)، ص ١٦٨.

(٤٠) لجنة التعريب والترجمة أساليب معالجة الاضطرابات السلوكية. الإمارات، دار الكتاب الجامعي، (٢٠٠٧)، ص٣٧.

(٤١) عبدالستارإبراهيم واخرون : العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، الكويت، عالم المعرفة ، (١٩٩٣)، ص٧٩.

(42) Deborah ، D.، Kenneth ، Gabrielle ، C & Evelyn ، B: "ODD and ADHD symptoms in Ukrainian children external validators and comorbidity" ، journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry ، 43 (6) ،(2005) ، pp293:294.

(43) Kazdin، A.:Parent management training: Treatment for oppositional، aggressive، and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press. (2005).

(44) Matthys، W.& Lochman، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).p135.

(45) Matthys، W.& Lochman، J :Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2010).p135.

(46) Danforth، J. Training: Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In Briesmeister، J.، M.& Schaefer. C.، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken، New Jersey: John Wiley. (2007).p355.

(47) Danforth، J. Training: Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In Briesmeister، J.، M.& Schaefer. C.، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken، New Jersey: John Wiley. (2007).p359.

(48) Danforth، J. Training: Parents of Children with Comorbid Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. In Briesmeister، J.، M.& Schaefer. C.، E. (Eds.). Handbook of parent training : helping parents prevent and solve problem behaviors. (345- 377). Hoboken، New Jersey: John Wiley. (2007).p357.

(49) Commonwealth of Virginia: collection of evidence – based treatment rded، modalities for children and adolescents with mental health treatment needs، Virginia، Richmond،. (2008)، pp103 :101.

(50) Commonwealth of Virginia: collection of evidence – based treatment rded، modalities for children and adolescents with mental health treatment needs، Virginia، Richmond،. (2008)، p103.

(51) Pardini،D.& Lochman، J : Treatments foroppositional defiant disorder، In Reinecke.M، Dattilio.F، Freeman.A ، Cognitive therapy with children and adolescents، (pp.43-69)، New York، Guilford Press. .(2006) ،p51:50.

(52) Pardini ،D.& Lochman ،J : Treatments foroppositional defiant disorder ، In Reinecke.M ، Dattilio.F ، Freeman.A ، Cognitive therapy with children and adolescents ، (pp.43-69) ، New York ، Guilford Press. .(2006) ،pp57:58.

(٥٣) آمال عبد السميع : الصحة النفسية و العلاج النفسي (ط .الثانية) ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ٢٠٠٢، ص٢٧٥.

(٥٤) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ٥٢.

(55) Keim ، J : Strategic family therapy. In Dattilio ، F. M. (Ed.) ، Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspective. New York: Guilford Press. (1998).p137:136.

(56) Bulletin ، J : " treating serious antisocial behavior in youth . the Mst approach" ، American youth policy forum . (1997) ،pp 123 : 126 .

(57) Swenson ، c ،.Henggele ، s Taylor ، & Taylor ،o : MaltiSystemic Therapy an neighborhood partnerships reducing adolescent violence and substance abuse ، new york ، The Guilford press.(2005) ،.p40.

(٥٨) إيهاب عبد الخالق محمد علي: العلاقة بين ممارسة العلاج الاسري و تحسين الاداء الاجتماعي لا سر الاطفال التوحديين ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، ٢٠٠٤.ص٣٣.

(59) Swenson ، c ،.Henggele ، s Taylor ، & Taylor ،o : MaltiSystemic Therapy an neighborhood partnerships reducing adolescent violence and substance abuse ، new york ، The Guilford press.(2005) ،.pp46:46.

(60) Borduin ، C. ، Schaeffers ، C. & Ronis : MaltiSystemic treatment of serious antisocial behavior in adolescents ، in

Essau ، C.: conduct and oppositional defiant disorders ، epidemiology ، risk factors and treatment ، (pp.299-318) ، London ، Lawrence Erlbaum Association publishers. ، (2003)، pp306:305.

(61) Swenson ، c ،.Henggele ، s Taylor ، & Taylor ،o : MaltiSystemic Therapy an neighborhood partnerships reducing adolescent violence and substance abuse ، new york ، The Guilford press.(2005) ،.pp49:50.

(62) Brown ، T. ، Swenson ، c. ، Cunningham . ، Henggler ، S. Schoen world ، s. & (Rowland ، M .: " Multisystemic treatment of violent and chronic Juvenile offenders : bridging the gap between research and practice" ، Administration and policy in mental health ، 25 (2) ، (1997).pp224-226 .

(٦٣) علاء الدين كفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظور النسقي الاتصالي. ،القاهرة، دار الفكر العربي ، ١٩٩٩ ، ص ص ٣٧٠:٣٧١.

(64) Griffin ، W. & Greene ، S Models of family therapy: the essential guide. Philadelphia: Brunner/Mazel.(1999).p20.

(65) Shapiro ، F.;Kaslow ، F.&Maxfield ، L : Handbook of EMDR and family therapy processes. Hoboken ، New Jersey: Wiley. (2007).p59.

(66) Keim ، J : Strategic family therapy. In Dattilio ، F. M. (Ed.) ، Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspective. New York: Guilford Press. (1998).134.

(67) Piercy ، F.; Sprenkle ، D.&Wetchler ، J :Family Therapy Sourcebook. 2Nd ، New York: Guilford Press. . (1996).51.

(68) Piercy ، F.; Sprenkle ، D.&Wetchler ، J :Family Therapy Sourcebook. 2Nd ، New York: Guilford Press. . (1996).52.

(69) Quick ، E. :Doing what works in brief therapy : a strategic solution focused approach. New York: Academic Press. (1996).p3.

(70) Quick ، E. :Doing what works in brief therapy : a strategic solution focused approach. New York: Academic Press. (1996).p4.

(71) Shapiro ، F.;Kaslow ، F.&Maxfield ، L : Handbook of EMDR and family therapy processes. Hoboken ، New Jersey: Wiley. (2007).p59.

(٧٢) سعيد حسني العزة :الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠)، ص٩٧.

(٧٣) علاءالـــدينكفافي :الإرشـــاد والعلاجالنفسيالأسري؛المنظورالنسقيالاتـــصالي. ،القاهرة، دارالفكرالعربي ، ١٩٩٩، ص ص ٣٧٠:٣٧٣.

(74) Griffin ، W. & Greene ، S Models of family therapy: the essential guide. Philadelphia: Brunner/Mazel.(1999).p24.

(٧٥) سعيد حسني العزة :الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠)، ص٩٧.

(٧٦) سعيد حسني العزة :الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠)، ص٩٨.

(77) Griffin ، W. & Greene ، S Models of family therapy: the essential guide. Philadelphia: Brunner/Mazel.(1999).p26.

(٧٨) سعيد حسني العزة :الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠)، ص٩٨.

(79) Griffin ، W. & Greene ، S Models of family therapy: the essential guide. Philadelphia: Brunner/Mazel.(1999).p24:26.

(80) Szapocznik ، J. Hervis ، O.& Schwartz ، S. (2003). Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse. National Institute on Drug Abuse ، NIH Publication 03-4751. Bethesda ، MD: National Institute on Drug Abuse.p11.

(٨١) علي عبد النبي حنفي :الإرشاد الأسرى وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، (٢٠٠٧) ، ص ١١٠.

(٨٢) علاءالدين كفافي :الإرشاد والعلاج النفسي الأسري؛ المنظور النسقي الاتصالي. ،القاهرة، دارالفكرالعربي ، ١٩٩٩، ص ٣٧٤.

(83) Shapiro، F.;Kaslow، F.&Maxfield، L : Handbook of EMDR and family therapy processes. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2007).p59.

(84) Griffin، W. & Greene، S Models of family therapy: the essential guide. Philadelphia: Brunner/Mazel.(1999).p22.

(85) Shapiro، F.;Kaslow، F.&Maxfield، L : Handbook of EMDR and family therapy processes. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2007).p61.

(٨٦) داليا مؤمن: الأسرة والعلاج الأسري. القاهرة، دار السحاب للنشر والتوزيع، (٢٠٠٤)، ص١٣٣.

(٨٧) علي عبد النبي حنفي :الإرشاد الأسرى وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، (٢٠٠٧) ، ص ١١١.

(٨٨) سعيد حسني العزة :الإرشاد الأسري نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن، دار الثقافة للنشر والتوزيع، (٢٠٠٠)، ص٩٩.

(٨٩) علي عبد النبي حنفي :الإرشاد الأسرى وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، (٢٠٠٧) ، ص ١١١.

(٩٠) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، (٢٠١٣) ، ص ٥٧.

(٩١) علي عبد النبي حنفي :الإرشاد الأسرى وتطبيقاته في مجال التربية الخاصة. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، (٢٠٠٧) ، ص ١٠٨.

(92) Piercy، F.; Sprenkle، D.&Wetchler، J :Family Therapy Sourcebook. 2[Nd] ، New York: Guilford Press. . (1996).p50.

(93) Piercy، F.; Sprenkle، D.&Wetchler، J :Family Therapy Sourcebook. 2[Nd] ، New York: Guilford Press. . (1996).p54.

(94) Milne، J.; Edwards، J.&Murchie، J : Family Treatment of Oppositional Defiant Disorder: Changing Views and Strength-Based Approaches. The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families، 9 (1)، 17-28. (2001).p20:19.

(95) Keim، J : Strategic family therapy. In Dattilio، F. M. (Ed.)، Case studies in couple and family therapy: systemic and cognitive perspective. New York: Guilford Press. (1998).p155.

(96) Hillstead، D. A qualitative study of families with an oppositional defiant adolescent malewho is participating in a therapeutic wilderness program: Factors that lead torelationship disintegration and resolution. Published Doctoral Dissertation، Utah، Brigham Young University. (2004).

(٩٧) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية ، جامعة اسوان ، ٢٠١٣ ، ص ٦٠.

(98) Gale، B : Oppositional Defiant Disorder. In O'Donohue، W. T.& Draper، C. (Eds). Stepped Care and e-Health Practical Applications to Behavioral Disorders. (181-202). New York: Springer. (2011).p195.

(99) Thyer، B.&Wodarski، J Social work and mental health: An evidence-based approach. Hoboken، New Jersey: Wiley. (2007).p 124:123.

(100) Forehand، R.; Jones، D.& Parent، J Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. Clinical Psychology Review، . (2013). 33 (1) ،p 133-145.

(101) Eyberg ، S.; O'Brien ، K.& Chase ، R : Oppositional defiant disorder and parent training. In Fisher ، J. E. & O' Donohue ، W. T. (Eds.) ، Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy. (461-468) ، New York: Springer. (2006).p463:466.

(102) West ، J. (2013 ، January 2). News Interview: Fox 35 ، Interviews our Child& Adolescent [Video file]. Retrieved from http://www.youtube.com/watch?v=2ziGsQd7As&feature=player_embedded.

(103) American Academy of Child Adolescent Psychiatry.: Children With Oppositional Defiant Disorder. (2013) Retrievedfrom http://www.aacap.org/cs/root/facts_for_families/children_with_odd.

(104) Markward ، M.& Bride ، B Oppositional Defiant Disorder and the Need for Family-Centered Practice In Schools. Children & Schools ، 23 (2) ، . (2001).p79 .

(105) Ostrander ، R.: Oppositional defiant disorder and conduct disorder. In Kline ، F. M. & Silver ، L. B. (Eds.) ، The educator's guide to mental health issues in the classroom (267-286). Baltimore: MD Paul H. Brookes. . (2004).p269.

(106) Drabick ، D. &Gadow ، K :Deconstructing oppositional defiant disorder: Clinic-based evidence for an anger/irritability phenotype. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry ، 51(4) ، . (2012). 384-393.

(107) Capaldi ، D. M.& Eddy ، J :Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In Gullotta ، T. P.; Adams ، G. R.& Ramos ، J. M. .(Eds). Handbook of adolescent behavioral problems: evidence-based approaches to prevention and treatment. (283-308). New York: Springer. . (2005).p294:293.

(108) Pardini، A.& Lochman، J. Treatment for Oppositional Dfiant Disorder. In Reineeke، M.A.; Dattilio، F.m.& Freeman، A. (Eds)، Cognitive Therapy With Children And adolescents: a casebook For Clinical Practice. (43-69)، New York: The Guliford Press. . (2006).p49.

(109) Frankel، F.& Feinberg، D : Social problems associated with ADHD vsODD in children referred for friendship problems. Child Psychiatry and Human Development، 33 (2)، . (2002). 125-146.

(110) Matthys، W.; Vanderschuren، L.; Schutter، D.; Lochman، J. : Impaired Neurocognitive Functions Affect Social Learning Processes in Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder: Implications for Interventions. Clinical child and family psychology review، 15 (3)، (2012). 234–246.

(111) Kazdin، A Cognitive problem - solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. In. Weisz، J. R.& Kazdin، A. E. (Eds)، Evidence Based Psychotherapies For Children And Adolescents.(211-226)، New York: Guilford Press. (2010).p212.

(112) Nixon، R.; Sweeney، L.; Erickson، D.&Touyz، SParent–Child interaction therapy: A comparison ofstandard and abbreviated treatments for oppositional defiantpreschoolers. Journal of Consulting and Clinical Psychology، . (2003). 71 (2)، 251–260.

(113) Friedberg، R.& McClure، J :Clinical practice of cognitive therapy with children and adolescents:the nuts and bolts. New York: Guilford Press. (2002).p269.

(114) (١١٤Barcalow، K: Oppositional Defiant Disorder: Information for School Nurses. The Journal of School Nursing، .·(2006). 22 (1)،p 9:16.

Campbell، J. Mental Retardation/ Intellectual Disability. In Kamphaus، R.W. & Campbell، J. Psychodiagnostic assessment of children: dimensional and categorical approaches (45-85). New York: Wiley. (2006).p54.

(١١٥) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ملحق (النشرات الارشادية)، " رسالة ماجستير غير منشورة " ، كلية التربية ، جامعة قنا ، ص ٨٥.

(116) Herbert ، M. &Wookey . J . : managing children disruptive behavior : a guide for practitioners working with parents and foster parents ، England ، Johnviley& Sons ، ltd. (2004)، pp34:31.

(١١٧) بسام بنات : مدي تقبل مديري ومعلمي المدارس الحكومية في محافظة بيت لحم لدور الاخصائي الاجتماعي المدرسي ، كلية الآداب ، جامعة بيت لحم ، دار المعارف الاجتماعية ، ٢٠٠٧، ص مقدمة .www.gulfkids.com

(١١٨) محمد سلامة غباري : ادوار الاخصائي الاجتماعي في المجال المدرس ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٤، ص١٢.

(١١٩) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص١٩.

(١٢٠) نصيف فهمي منقر يوس : عمليات التدخل المهني في العمل مع الجماعات ، القاهرة ، كلية الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان ، ١٩٩٦ ، ص ٥.

(١٢١) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ص٨١:٨٣.

(122) Herbert ، M. &Wookey . J . : managing children disruptive behavior : a guide for practitioners working with parents and foster parents ، England ، Johnviley& Sons ، ltd. (2004) ،p43.

(١٢٣) سلمي محمود جمعة : المدخل الي طريقة العمل مع الجماعات ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ٢٠٠٠، ص :ص ١٣٤ :١٣٥ .

(١٢٤) نصيف فهمي منقر يوس : منظومة العمل مع الجماعات و عملياتها الاساسية، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، القاهرة، ١٩٩٥، ص ٥٢.

(١٢٥) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ص٨٣:٨٦.

(١٢٦) محمد شمس الدين احمد : العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية، مركز نور الايمان للطباعة ، القاهرة ، . ١٩٩٨، ص٤٩.

(١٢٧) سمير حسن منصور : المارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجتمع المدرسي، مطبعة البحيرة ، ص١٣٦:١٣٧.

(١٢٨) سمير حسن منصور : المارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجتمع المدرسي، مطبعة البحيرة، ٢٠٠٧، ص٢٠٧:٢١٢.

(١٢٩) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص٨٨.

(١٣٠) محمد سيد فهمي : طريقة العمل مع الجماعات بين النظرية و التطبيق ، المكتب الجامعي الحديث ، الاسكندرية ، ١٩٩٩، ص:ص ٢١:٢٢.

(١٣١) فاطمة عبد الستار قطب: رؤي الشباب لظاهرة العنف في المجتمع المصري ، " بحث منشور "، المؤتمر الدولي الرابع للعلوم الاجتماعية ، جامعة الازهر ، كلية الدراسات الاسلامية ، ١٩٩٨، ص:ص ١١٠:١١١.

(١٣٢) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص٩٣.

(١٣٣) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ص٩٥:٩٤ .

(١٣٤) محمد بهجت جاد الله كشك واخرون : الخدمة الاجتماعية في المجال التعليمي، المكتب الجامعي الحديث ، ٢٠١٢، ص٢٢٧.

(١٣٥) محمد سلامة غباري : ادوار الاخصائي الاجتماعي في المجال المدرس ، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٤، ص ص٢٧٤:٢٧٨.

(١٣٦) مسعد الفاروق حمودة و اخرون : الخدمة الاجتماعية في المجال المدرسي ، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية ، الاسكندرية ، ٢٠٠٠، ص ١٩٥.

(١٣٧) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ص ٩٩ :٩٨ .

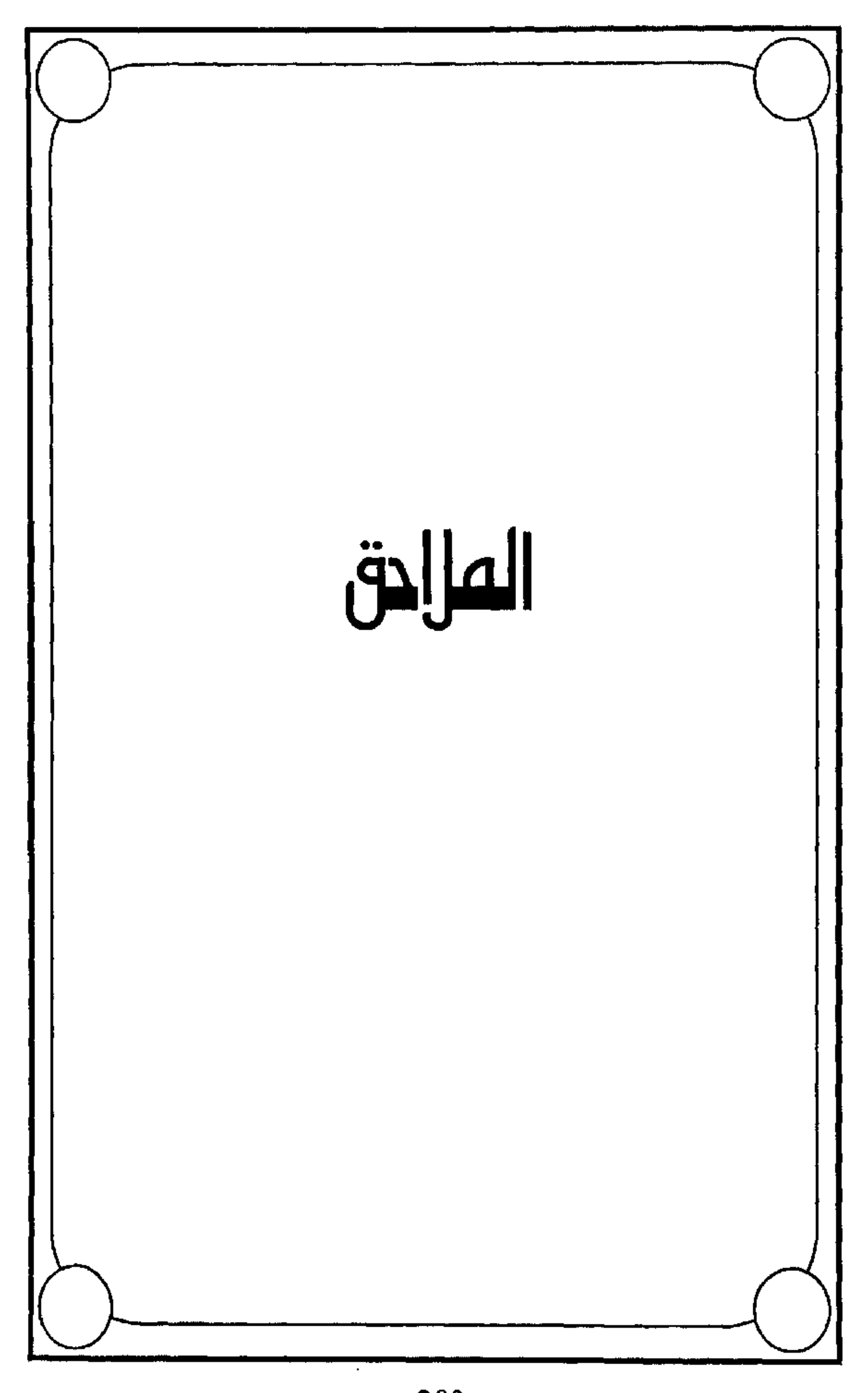
(١٣٨) هشام فاروق خميس حسن : برنامج مقترح للتدخل المهني في خدمة الجماعة للتخفيف من سلوك العنف لدي الطلاب ، "لرسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان، ٢٠٠٢، ص ص ١٠٠:١٠٥ .

(١٣٩) سمير حسن منصور : الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجتمع المدرسي، مطبعة البحيرة ، ٢٠٠٧، ص٢١٦:٢١٢.

(140) Herbert ، M. &Wookey . J . : managing children disruptive behavior : a guide for practitioners working with parents and foster parents ، England ، Johnviley& Sons ، ltd. (2004) ،p43.

(١٤١) رأفت عبد الرحمن محمد : برنامج مقترح للتدخل المهني مع التلاميذ المستقويين من منظور نموذج تحليل المعاملات في خدمة الفرد، " بحث منشور "، المؤتمر العلمي الدولي الثاني والعشرون للخدمة الاجتماعية (الخدمة الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة)، ٢٠٠٩، ص٦١٧١.

(١٤٢) طلعت مصطفى السروجي ، ماهر أبو المعاطي : ميادين ممارسة الخدمة الاجتماعية ، الشركة العربية للتسويق و التوريدات ، ٢٠٠٩، ص ص١١٧:١١٩.



الملاحق



ملحق (١)

مقياس تقدير الوالدين /المعلم لاضطراب العناد المتحدي[1]

اعداد / محمود ابو المجد حسن عثمان (٢٠٠٩)

م	العبارة	درجة حدوث السلوك		
		يحدث دائما	يحدث أحيانا	لا يحدث أبدا
١	يميل إلى المجادلة مع الكبار.			
٢	يحقد على الأخرين.			
٣	يلوم الأخرين على أخطائه و سوء تصرفه.			
٤	يميل إلى الانتقام من الأخرين .			
٥	يرفض الامتثال إلى تعليمات الكبار.			
٦	يغضب ويستاء من اتفه الأشياء.			
٧	يتعمد التحدث بأقوال لمضايقة الأخرين و إزعاجهم.			
٨	يفقد أعصابه عندما لا تسير الأمور كما يتمنى.			
٩	يرفض تحمل المسئولية.			
١٠	يتعمد القيام بأفعال لمضايقة الأخرين و إزعاجهم.			
١١	يستخدم الفاظا بذيئة.			
١٢	ينزعج من الأخرين لأتفه الأسباب.			
١٣	يتمسك برأيه ولا يقبل التوجيه.			
١٤	يرفض إنجاز المهام المكلف بها.			
١٥	يغش الأخرين ويخدعهم.			
١٦	يقسو على الأخرين.			

(١) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ملحق (النشرات الارشادية)، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية،جامعة قنا، ص ص٦٢:٦٣.

١٧	يحطم ممتلكاته الخاصة.			
١٨	يصادق رفاق السوء.			
١٩	لا يشعر بالذنب بعد إساءة تصرفه.			
٢٠	يكذب على الأخرين.			
٢١	يشتم الأخرين ويسبهم.			
٢٢	يندفع و يتصرف بدون تفكير.			
٢٣	يقع في كثير من المشاجرات مع الأخرين.			
٢٤	يهدد الأخرين ويتوعدهم.			
٢٥	غير حريص على كسب مودة اقرانه وحبهم.			
٢٦	يقاطع حديث وكلام الأخرين.			
٢٧	يصر على قبول طلباته و تنفيذها.			
٢٨	يعصي القواعد و النظم المعمول بها.			
٢٩	يرفض التفاهم مع الكبار.			
٣٠	يسخر من الأشقاء و الأصدقاء .			
٣١	لا يعتذر عن أخطائه .			
٣٢	يحطم ممتلكات الأخرين .			

ملحق (٢)(١)

استمارة متابعة لسلوك الطفل ذو اضطراب العناد المتحدي

اعداد /محمود ابو المجد حسن عثمان (٢٠٠٩)

م	السلوك الملاحظ	مدى مناسبة العبارة						المجموع
		السبت	الاحد	الاثنين	الثلاثاء	الاربعاء	الخميس	
١	يبادر في الاشتراك في الانشطة الجماعية							
٢	يقبل توجيه الاخرين							
٣	يتعاون مع الاخرين							
٤	يعتذر عن اخطائه							
٥	ينفذ تعليمات المعلم							
٦	يتحدث باسلوب محترم للكبار							
٧	يتجنب الشجار مع الاصدقاء							
٨	يتبع الاداب العامة							
٩	يتحمل المسئولية							
١٠	ينجز الاعمال المطلوبه منه							
١١	يحافظ على ادواته المدرسية							
١٢	يشعر بالذنب عند اساءة التصرف							
١٣	يتفاعل مع الاخرين في الانشطة الجماعية							
١٤	يفكر قبل التصرف							
١٥	يقدم المساعدة للآخرين							
١٦	يسعى لكسب حب زملائه							
١٧	لا يقاطع المدرس أثناء الشرح							
١٨	يؤدي الواجبات المدرسية							

---

(١) محمود ابو المجد حسن عثمان: فاعلية برنامج متعدد الانظمة لخفض اضطراب العناد المتحدي لدي الاطفال ملحق (النشرات الارشادية) ، " رسالة ماجستير غير منشورة "، كلية التربية، جامعة قنا، ملاحق الدراسة .

١٩	يساعد زملائه داخل الفصل							
٢٠	يتقبل اقتراحات زملائه							
٢١	يراعى مشاعر الاخرين							
٢٢	لا يأخذ أدوات زملائه بالقوة							
٢٣	يستأذن عن الخروج من الفصل							
٢٤	يسمح لزملائه للتعبير عن أراءهم							
٢٥	ينصت لحديث المعلم داخل الفصل							
٢٦	يقدم الاحترام للآخرين							
٢٧	يرحب بمشاركة الاخرين له فى اللعب							
٢٨	يظهر اهتمام بأحوال الاخرين							
٢٩	صادق مع زملائه							
٣٠	يتمتع بحب زملائه							
٣١	يسعى لاقامة علاقات طيبة مع زملائه							
٣٢	لا يثور من المشاكل البسيطة							
٣٣	يميل الى التنافس مع الاخرين							
٣٤	يتحكم فى انفعالاته ومشاعره							
٣٥	يطيع المعلم داخل الفصل							
٣٦	لا يسخر من زملائه							
٣٧	لا يغش زملاءه							
٣٨	يبادر بتحمل المسئولية							
٣٩	لا يزعج الاخرين							

ملحق (٣)١

مقياس اضطراب العناد المتحدى (صورة المعلم)

اعداد / عادل سيد عبادي احمد (٢٠١٢)

م	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
البعد الأول: التحكم				
١	يقاطع حديث المعلم			
٢	يحمل الآخرين نتيجة أخطائه			
٣	يتعمد التحدث إلى المعلم بعدم احترام			
٤	يحب معارضة زملائه			
٥	يقوم بسلوك ما ليضايق المعلم			
٦	يسرق الأشياء ليغيظ زملائه			
٧	يترك مقعده بدون إذن			
٨	يرفض الاعتذار عن سلوكه			
	البعد الثاني: العنف			
٩	يجب أن يجبر لكي يلتزم بالتعليمات والقواعد داخل المدرسة			
١٠	يهدد زملائه بالإيذاء.			
١١	يستخدم أشياء يمكن أن يؤذى بها زملائه			
١٢	يحطم الأشياء داخل المدرسة			
١٣	يحطم أشياء زملائه			
١٤	يتشاجر مع زملائه بالضرب			
١٥	يضرب زملائه عندما يقومون بمضايقته			
١٦	يضرب من يقوم بأخذ أشياءه من زملائه			
	البعد الثالث: الغضب			
١٧	سريع الانفعال داخل الفصل			
١٨	يلقى ما فى يده عندما يغضب			
١٩	يشعر بالزعل عندما يقوم يفعل شئ ولا يحصل على المدح منى			

---

١) عادل سيد عبادي احمد : فعالية الارشاد الاسري في خفض اضطراب العناد المتحدي لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية " رسالة ماجستير غير منشورة "،كلية التربية، جامعة اسوان، ٢٠١٣،ص ص ١٨٨:١٩١.

تابع مقياس اضطراب العناد المتحدى (صورة المعلم)

م	العبارة	دائماً	احياناً	ابداً
٢٠	يغضب بسرعة عندما امنعه من اللعب			
٢١	عندما يغضب يقول ألفاظ غير لائقة لزملائه			
٢٢	يرفض إلقاء المهملات فى سلة القمامة			
	البعد الرابع: الإصرار			
٢٣	يرفض الاستماع لكلام المعلم			
٢٤	يستجيب بالرفض لما يطلب منه			
٢٥	يتعمد مخالفة الرأي مع الآخرين			
٢٦	عندما يتعرض للنقد من المعلم يصر على السلوك على الذى انتقد فيه			
٢٧	يرفض الالتزام بقواعد اللعب مع زملائه			
٢٨	يصر على أن تكون طلباته مجابه.			
٢٩	يصمم على رأيه داخل الفصل			
	البعد الخامس: السلبية			
٣٠	يهمل في المحافظة على نظافته			
٣١	يحس بأنه اقل شأنا			
٣٢	يشعر بالسعادة عندما يتم وصفه بأنه عنيد			
٣٣	يتعلق بزملائه كثيري المشكلات			
٣٤	يسيء فهم الآخرين			

مقياس اضطراب العناد المتحدى (صورة الوالدين)

م	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
	البعد الأول: العنف			
١	يقوم بضرب الآخرين			
٢	يتشاجر مع إخوته بالضرب			
٣	يهدد الناس بالإيذاء			
٤	يدمر ألعاب إخوته			
٥	يستخدم أشياء يمكن أن يؤذى بها الآخرين			
٦	يسرق الأشياء ليغيظ الآخرين			
٧	يحب أن يتفرج علي أفلام التى فيها مشاهد الضرب العنيف			
٨	يضرب من يقوم استخدام أشياءه			
	البعد الثاني: التحكم			
٩	يرفض الاعتذار عندما يتم لومه			
١٠	يقوم بالأفعال بدون تفكير			
١١	يستخدم ألفاظ غير لائقة عند تحدثه مع الكبار			
١٢	يقوم بسلوك ما ليضايق الكبار			
١٣	يتعمد التحدث إلى الكبار بعدم احترام			
١٤	يرفض الاعتذار عن سلوكه			
١٥	يقاطع حديث الكبار			
١٦	يلوم الآخرين على أخطائه			
	البعد الثالث: الغضب			
١٧	يغضب بسرعة لأتفه الأشياء			
١٨	ينزعج من طلب الكبار منه القيام بعمل ما			
١٩	عندما يغضب يلقى ما في يده			
٢٠	يتضايق عندما يطلب منه عمل شئ			
٢١	عندما امنعه من اللعب يغضب بسرعة			
٢٢	عندما يغضب يقول ألفاظ غير لائقة			

تابع مقياس اضطراب العناد المتحدى (صورة الوالدين)

م	العبارة	دائماً	أحياناً	أبداً
	البعد الرابع: الإصرار			
٢٣	يجادل الكبار عن كل ما يطلب منه			
٢٤	ينسجم مع إخوته فى اللعب			
٢٥	يشعر بالسعادة عندما يرفض كلام الكبار			
٢٦	يتعمد عمل أشياء عكس ما يطلبها منه الكبار لمضايقتهم			
٢٧	يرفض الاستماع لكلام الكبار			
٢٨	يستجيب بالرفض لما يطلب منه			
	البعد الخامس: السلبية			
٢٩	يسئ فهم الكلمات أو المواقف			
٣٠	يشعر بالسعادة عندما يتم وصفه بأنه عنيد			
٣١	يسئ فهم الآخرين			
٣٢	يهمل فى المحافظة على نظافته			
٣٣	يحس بأنه اقل شأنا			
٣٤	يتعلق بالآخرين الذين يقعون فى المشكلات			

ملحق(٤)

اولاً: قائمة الملاحظة السلوكية للأطفال لتشخيص (ODD) اضطراب العناد المتحدي

اعداد / أميرة حسنين محمود حسنين (٢٠١٣)

بيانات أولية:-

أسم الطفل : .... النوع : (ذكر/ أنثى)

تاريخ الميلاد : .... الصف الدراسي:......................

تاريخ التقدير : .... أسم الملاحظ : ....

تعليمات:-

فيما يلى قائمة من العبارات التي تصنف سلوك الطفل في الفصل الدراسي أو خارجه، و المطلوب منك هو قراءة كل عبارة بعناية، و أن تحدد مدى حدوث أو وجود هذه السلوكيات و التصرفات لدى الطفل من خلال ملاحظتك الدقيقة له:

م	السلوكيات	درجة حدوث السلوك		
		يحدث دائما	يحدث أحيانا	لا يحدث أبدا
١	غالبا ما يفقد مزاجه.			
٢	غالبا ما يجادل مع الكبار.			
٣	غالبا ما يتحدى ويرفض الامتثال إلى قواعد و تعليمات الكبار.			
٤	غالبا ما يزعج الأخرين عن عمد.			
٥	غالبا ما يلوم الأخرين على أخطائه و سوء سلوكه.			
٦	غالبا ما يكون مستاء و غاضبا.			
٧	غالبا ما يكون سريع الغضب و الانزعاج من الأخرين			
٨	غالبا ما يكون حقوداً و محباً للانتقام.			

ملحق (٥)

ثانياً :مقياس اضطراب العناد المتحدي (ODD) لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية من اعداد الباحثة :

م	العبارة	درجة حدوث السلوك		
		يحدث دائماً	يحدث احياناً	لا يحدث ابداً
البعد الاجتماعي لاضطراب العناد المتحدي				
١	يميل إلى المجادلة مع الاخرين .			
٢	يلوم الأخرين على أخطائه.			
٣	يميل إلى الانتقام من الأخرين .			
٤	يرفض الامتثال إلى تعليمات الاخرين.			
٥	يفقد أعصابه عندما لا تسير الأمور كما يريد.			
٦	يرفض تحمل المسئولية.			
٧	يتعمد القيام بأفعال لمضايقة الأخرين و إزعاجهم.			
٨	ينزعج من الأخرين لأتفه الأسباب.			
٩	يتمسك برأيه .			
١٠	لا يقبل التوجيه.			
١١	يحطم ممتلكاته الخاصة.			
١٢	يرفض الالتزام بقواعد اللعب مع زملائه.			
١٣	يرتبط بزملائه كثيري المشكلات.			
١٤	يهدد الأخرين.			
١٥	يرفض التفاهم مع الاخرين.			
١٦	لا يعتذر عن أخطائه .			
١٧	يتعمد مخالفة الرأي مع الأخرين.			
١٨	يتعمد المشاحنات و الشجار مع زملائه.			
١٩	يقوم بسرقة وإتلاف الكتب المدرسية من زملاءه حباً في الانتقام.			
٢٠	يصر على تنفيذ طلباته.			

لا يحدث أبداً	يحدث أحياناً	يحدث دائماً	العبارة	م
			البعد التعليمي لاضطرا ب العناد المتحدي	
			يقاطع حديث المعلم.	٢١
			يتعمد التحدث إلى المعلم بعدم احترام.	٢٢
			يترك مقعده بدون إذن المعلم .	٢٣
			يجب أن يجبر لكي يلتزم بالتعليمات والقواعد داخل الفصل	٢٤
			سريع الانفعال داخل الفصل.	٢٥
			يرفض الاستماع لكلام المعلم.	٢٦
			يغضب بسرعة عندما يمنعه المعلم من اللعب.	٢٧
			يرفض الالتزام بتعليمات المعلم .	٢٨
			يصمم على رأيه داخل الفصل.	٢٩
			يرفض إنجاز المهام المكلف بها.	٣٠
			لا يتبع القواعد و النظم المعمول بها داخل الفصل.	٣١
			يحدث إزعاجاً و ضوضاء في الفصل .	٣٢
			يتعامل بطريقة سيئة مع المعلمين .	٣٣
			عدائي بالنسبة للمعلمين.	٣٤
			يتعمد مضايقة المدرسين .	٣٥
			يتحدى المعلمين.	٣٦
			يتعمد عرقلة عملية التدريس بالتحدث مع زملائه.	٣٧
			يخل بنظام الفصل اثناء شرح المعلم للدرس .	٣٨
			يتمرد علي النظام في الفصل.	٣٩
			يتعمد الحضور متأخراً الي المدرسة .	٤٠
			البعد الاسري لاضطرا ب العناد المتحدي	
			يصر علي أن تكون طلباته مجابه في المنزل.	٤١
			يتشاجر مع إخوته.	٤٢
			يدمر ألعاب إخوته.	٤٣
			يسرق الأشياء ليغيظ إخوته.	٤٤
			يضرب اخوته عندما يقومون باستخدام أشياءه.	٤٥
			يرفض الاعتذار عندما يتم لومه.	٤٦

٤٧	يتعمد التحدث إلى والديه بعدم احترام.			
٤٨	يرفض الاعتذار عن سلوكه.			
٤٩	يتعمد مضايقة اخوته .			
٥٠	يكون مصدر ازعاج لمن بالمنزل .			
٥١	يتحدى اوامر والديه.			
٥٢	عدم قدرة الوالدين على التعامل معه.			
٥٣	يتعامل بطريقة سيئة مع الاقارب والمحيطين به .			
٥٤	يتعمد التصرف بشكل مزعج بالمنزل .			

المحتويات

أولا: قائمة الموضوعات

الموضوع	الصفحة
المقدمة	9
الفصل الأول **اسباب وتشخيص اضطراب العناد المتحدي**	21
مفهوم اضطراب العناد المتحدي	23
النظريات المفسرة لاضطراب العناد المتحدي	29
ملخص تاريخي لاضطراب العناد المتحدي	38
الصورة الاكلينيكية لاضطراب العناد المتحدي	44
المحكات التشخيصية لاضطراب العناد المتحدي	46
مظاهر اضطراب العناد المتحدي	51
المسار الطبيعي لاضطراب العناد المتحدي	53
انتشار اضطراب العناد المتحدي	55
التشخيص الفارق لاضطراب العناد المتحدي	62
اشكال وصور العناد لدي الاطفال	69
العوامل المسببة لاضطراب العناد المتحدي	71
الفصل الثاني: الدراسات و البحوث التي تناولت اضطراب العناد المتحدي	123
الدراسات التي تناولت قياس وتشخيص اضطراب العناد المتحدي	125
الدراسات التي تناولت فنيات واساليب خفض اضطراب العناد المتحدي	136
التعقيب علي الدراسات السابقة	162
الفصل الثالث: علاج اضطراب العناد المتحدي	185
المدخل السلوكي المعرفي	187

مدخل العلاج متعدد الانظمة	210
المدخل الاستراتيجي	216
مدخل نظرية التواصل	216
التدخل (الارشاد) الاسري	228
الفنيات التي يستخدمها المعلم لخفض اضطراب العناد المتحدي	231
دور الخدمة الاجتماعية المدرسية في التخفيف من اضطراب العناد المتحدي	238
العلاقة بين اهداف خدمة الجماعة و اضطراب العناد المتحدي	241
طريقة العمل مع الجماعات و اضطراب العناد المتحدي	243
اهمية الجماعة في حياة التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي	244
اوجه قصور المدرسة في الوقاية او الحد من اضطراب العناد المتحدي	250
دور الجماعات المدرسية في الوقاية من اضطراب العناد المتحدي	251
كيفية تكوين الجماعات المدرسية و ادارتها	252
مقومات الجماعات المدرسية	253
الاسس التي يحب ان تراعي عند تكوين الجماعات المدرسية	257
انواع الجماعات المدرسية	257
مجالات استخدام الجماعات المدرسية و تأثيرها على التلميذ ذو اضطراب العناد المتحدي	263
دور الاخصائي الاجتماعي مع فريق العمل المدرسي	267
الملاحق	289

ثانيا : قائمة الجداول

	الموضوع	الصفحة
١	تطور معايير تشخيص اضطراب العناد المتحدي وفقاً لتصنيف DSM-IV-TR	40
٢	نسبة انتشار اضطراب العناد المتحدي في بعض الدراسات السابقة	57
٣	ملخص نسب انتشار اضطراب العناد المتحدي	60
٤	التداخل بين اضطراب العناد المتحدي واضطراب النشاط الزائد	66
٥	بعض الدوريات التي قامت بنشر دراسات عن اضطراب العناد المتحدي	171
٦	علاج اضطراب العناد المتحدي للأطفال و المراهقين	188

ثالثا : قائمة الاشكال

رقم الشكل	الموضوع	الصفحة
١	العوامل المتعددة وتأثيرها علي السلوك.	32
٢	العوامل المؤثرة في اضطراب العناد المتحدي .	34
٣	نظرية البيئة الاجتماعية .	36
٤	الانظمة المحيطة بالفرد.	37
٥	تنصيف اضطرابات عجو الانتباه / اضطرابات السلوك الفوضوي.	42
٦	نمو اضطراب العناد المتحدي من الطفولة الي المراهقة.	62

٧ مخطط لتوضيح المدخل السببي التنموي لتفاعل العوامـــل المسببة للاضطرابات السلوكية . 72

٨ الضغوط الوالدية و اضطراب العناد المتحدي. 77

٩ إحصائية دراسات اضطراب العناد المتحدي. 170

١٠ العلاقة بين الغضب و اضطراب العناد المتحدي 191

١١ النموذج المعرفي السلوكي في العناد المتحدي والعدوان 192

١٢ عملية تتابع السلوك و اللواحق 200

١٣ نموذج علاجي لاضطراب العناد المتحدي . 203

١٤ عملية تحديد اهداف العلاج الاسري. 211

١٥ مخطط تعديل السلوك. 215

١٦ عمل الفريق داخل المدرسة . 268

رابعا: قائمة المراجع

الصفحة

أولا: مراجع المقدمة 16

ثانيا: مراجع الفصل الاول 94

ثالثا: مراجع الفصل الثاني 172

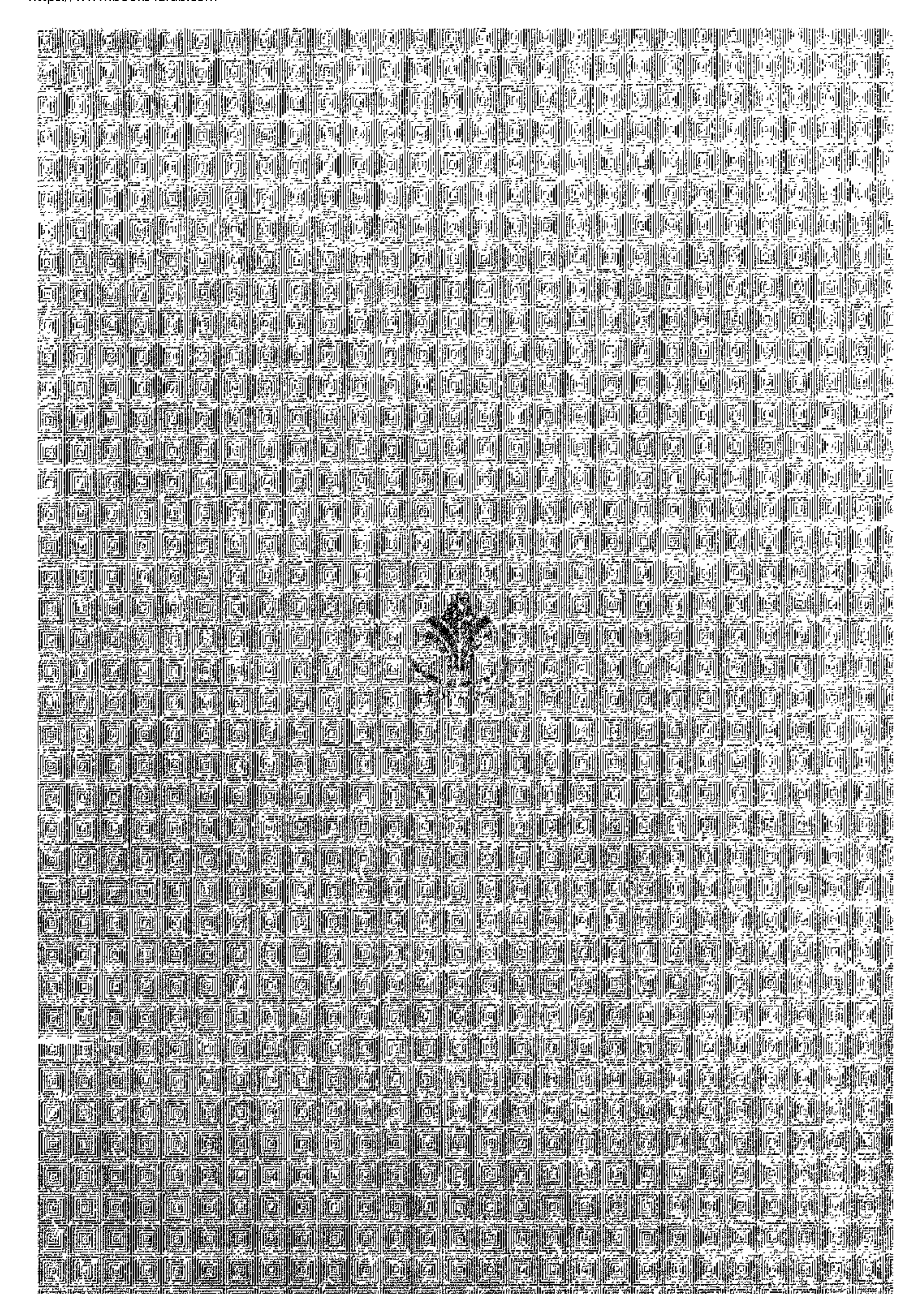
رابعا: مراجع الفصل الثالث 272

خامسا : قائمة الملاحق

الموضوع	الصفحة
ملحق (١)مقياس تقدير الوالدين/ المعلم (ODD)	291
ملحق (٢)استمارة متابعة لسلوك الطفل (ODD)	293
ملحق (٣) مقياس اضطراب العناد المتحدي صورة المعلم(ODD)	295
ملحق (٤)قائمة الملاحظة السلوكية للأطفال لتشخيص (ODD)	299
ملحق (٥) مقياس اضطراب العناد المتحدي(ODD) لدي تلاميذ المرحلة الابتدائية	300







من الاضطرابات التي يكثر ظهورها بين أطفال المرحلة الابتدائية و تعوق اكتسابهم للأساليب السلوكية التي تمكنهم من التوافق مع الآخرين و إكسابهم للمقررات الدراسية اضطراب العناد المتحدي .

Oppositional Defiant Disorder (ODD)

الذى أوضحه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual 4th ed. (DSM- IV-TR) تحت فئة السلوك الفوضوي الذى قد يظهر في مرحلة الطفولة لدى الأطفال. و تتصف مظاهر هذا الاضطراب لدى الاطفال بثورات الغضب و فقدان الأعصاب ورفض تعليمات الكبار .

كما انه يسبب مشكلات للطفل مع أفراد الأسرة والأصدقاء والرفاق والتحصيل الأكاديمي في المدرسة ...و قد ينتج في حالة عدم التدخل لعلاج اضطراب العناد المتحدي تطور هذا الاضطراب عند الطفل إلى التدخين والشرب المبكر للخمور والإدمان واضطراب المسلك.

لهذا يعد الأطفال ذو اضطراب العناد المتحدي بمثابة تحد خطير للآباء ومشكلة اجتماعية خطيرة... لذا بات من الضروري أن يكون هناك اتجاه علاجي شامل عند العمل مع هؤلاء الأطفال وان يتضمن العلاج الطفل و الأبوان والمدرسة و الإقران والمجتمع المحلي في بعض الأحيان.

لذلك كان من الضروري ان يتوجه الباحثون الي دراسته و الوقوف علي مكونات و الظروف التي تحدث في ظلها كمحاولة لتجنبه او تقليص امكانية حدوثة.

وعليه.. فإن هذا الكتاب هو جهد علمي متواضع يضاف الي جهود باحثين اخرين أدلوا بدلوهم في هذا المجال . و تأمل منه المعدة أن يسد ثغرة . ويكون اضافة مهنية تغني المكتبة العربية . ويكون عونا لكل مربٍّ و معلم واخصائي اجتماعي و نفسي و هم ينهضون بمهمة تربية ابنائهم من النشء الجديد .


978-977-273-850-2
01506070111